DE LA

CASTRATION

DE LA FEMME

PAR

LE DOCTEUR MAX. NORDAU

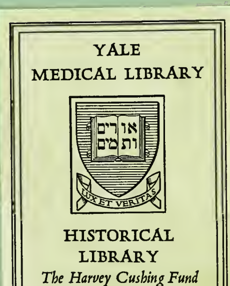
PARIS

ADRIEN DELAHAYE ET ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS

Place de l'École-de-Médecine

—

1882


YALE
MEDICAL LIBRARY
אורים ותמים
LUX ET VERITAS
HISTORICAL
LIBRARY
The Harvey Cushing Fund

DE LA

CASTRATION DE LA FEMME

1500 — Imprimerie de Poissy — S. Lejay et Cie.

DE LA CASTRATION DE LA FEMME

PAR

Le Docteur Max. NORDAU

PARIS
ADRIEN DELAHAYE et ÉMILE LECROSNIER, ÉDITEURS
Place de l'École-de-Médecine

1882

DE LA CASTRATION DE LA FEMME

INTRODUCTION

Depuis environ dix ans, la chirurgie et aussi la thérapeutique médicale ont vu s'ajouter à leurs ressources une opération nouvelle qui diffère par un point essentiel des opérations pratiquées jusqu'alors. Son but n'est pas, en effet, l'ablation d'un tissu ou d'un organe altéré dans sa structure, mais bien l'extirpation d'un organe intact ou à peine lésé, à seule fin d'en provoquer la suppression fonctionnelle, et de faire naître dans l'économie de l'organisme certaines modifications que l'absence de l'organe en question est censée d'entraîner à sa suite. Cette opération a déjà donné lieu à des publications nombreuses à l'étranger, surtout en Allemagne, en Amérique et en Angleterre, et, sans parler des ouvrages qui traitent spécialement de la question, on ne compte plus les articles de journaux qui lui ont été consacrés. Au Congrès international de Londres (1881) elle a soulevé des débats retentissants et passionnés. Enfin elle a achevé d'acquérir de l'importance par le nombre relativement considérable (plus de 300) des faits qui s'y rattachent (1).

(1) Hegar (dans le 1er vol. de la seconde édition de la « *Gynécologie opératoire* » par Hegar et Kaltenbach) compte 126 cas; Battey (in Transactions of the international medical Congress of London) mentionne 193 cas de castration double et 25 cas de castration unilatérale. A ce même congrès et dans le cours de la discussion soulevée par la communication de Battey, Marey, Knowsley, Thornton, Martin, etc., ont produit 25 autres cas qui n'étaient pas encore tombés dans le domaine de la publicité. Depuis la publication de la statistique de Battey, qui s'étend jusqu'au mois d'avril 1881, l'opération a été pratiquée encore 30 fois environ.

Dans ces conditions, j'ai pensé qu'il ne serait pas superflu de réunir sous une forme à la fois aussi concise et aussi complète que possible tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur cette opération, pour soumettre ce travail d'ensemble à l'attention des médecins français. Je ne saurais me dissimuler combien est modeste cette tâche qui se réduit à celle d'un compilateur. N'ayant jamais pratiqué l'opération qui fait le sujet de cette étude, n'ayant jamais eu l'occasion de la voir pratiquer à Paris (1), je me trouve dans l'impossibilité de relater des observations personnelles ou inédites. Je me garderai bien d'ailleurs de m'attribuer une compétence suffisante pour trancher en critique une question qui est en pleine actualité et en pleine discussion. Je ne me sens nullement l'autorité d'intervenir dans le débat qui divise des maîtres en chirurgie et dont les uns se sont faits les défenseurs enthousiastes de l'opération nouvelle, les autres la condamnant sans appel. Je me bornerai à être l'écho fidèle de ce qui a été fait et de ce qui a été dit. Si néanmoins, des enseignements, des critiques, des opinions se dégagent en quelque sorte d'eux-mêmes des faits consignés dans ce travail, ils s'imposeront avec d'autant plus de poids à l'esprit des lecteurs.

En abordant ce travail essentiellement historique et critique, je crois devoir indiquer les principales sources auxquels j'ai eu à recourir. Ce sont :

« Die Castration der Frauen, » von Alfred Hegar (Sammlung Klinischer Vortraege von Richard Volkmann, n° 136-138. Leipzig, 1878). — « Die operative Gynæcologie, von D[r] A. Hegar und D[r] R. Kaltenbach, » 2[e] édition. Stuttgard, 1881, Vol. I, p. 322-386.— « Extirpation of the functionally active ovary, by R. Battey » (Transactions of the american gynecological Society, 1876). — « Castration der Frauen, » von Paul Osterloh (Schmidt's Jahrbücher, Vol. CLXXXVI, 1880, n° 5, p. 193), et — « Transactions of the international medical Congress, seventh session held in London, August 2[d] to 9[th], 1881. » (London, 1881, Vol. IV, p. 279-297.)

(1) Au dernier moment, nous devons à l'obligeance de M. de Langenhagen, interne du service de M. Pean, d'apprendre que ce chirurgien, le premier en France, a pratiqué trois fois la castration chez des femmes; les détails de ces faits seront publiés ultérieurement.

DÉFINITION — SYNONYMIE

L'opération dont il va être question dans ce travail a reçu des noms divers de ses principaux promoteurs. Hegar l'appelle « *castration de la femme* »; — Battey « *extirpation de l'ovaire en activité fonctionnelle* » ; — les Anglais et les Italiens, tels Lawson-Tait, Savage, Malins, Franzolina, la désignent sous le nom « *d'oophorectomie.* » Un autre chirurgien anglais, Aveling, a proposé la dénomination de « *spaying* » qui a été acceptée par Trenholm et Goodell, quoiqu'il s'agisse de l'expression la plus triviale dont on se serve en Angleterre pour désigner la castration chez les animaux. Sims a proposé de l'appeler « *opération de Battey* » et les Allemands la désignent couramment du nom de « *opération de Hegar.* »

L'opération consiste dans l'extirpation des ovaires intacts dans leur structure, comme il a déjà été dit, ou assez peu lésés pour que l'ablation de ces organes ne trouve point sa raison d'être dans leur altération. Son but est d'arriver à guérir une maladie générale ou quelque affection locale de l'appareil sexuel, celles en particulier qui sont engendrées, entretenues ou exagérées par les congestions cataméniales; ou encore d'imprimer aux fonctions des organes génitaux les modifications qu'entraîne à sa suite la cessation naturelle de la menstruation, en un mot, de provoquer la ménopause par une intervention chirurgicale. Dans le cours de cette étude nous verrons quelles maladies constituent, aux yeux des auteurs, des indications de la castration et quels sont les états morbides de l'organisme féminin susceptibles de retirer une influence salutaire de cette intervention.

A la vérité, le nom à donner à une opération chirurgicale est chose secondaire; cependant ce nom doit être clair et autant que possible ne pas éveiller dans l'esprit des idées erronées. A ce point de vue, le nom de « castration des femmes » choisi par Hegar, et généralement accepté en Europe pour désigner l'opération dont il est question ici, nous paraît être quelque peu impropre. Cette dénomination s'applique en

effet à l'extirpation des glandes ovariennes en général, partant à l'extirpation des ovaires atteints dans leur structure, à l'ovariotomie qui est entrée dans la pratique courante depuis bien des années, aussi bien qu'à l'innovation récente de Hegar et de Battey. De même le nom d'oophorectomie signifie simplement l'extirpation des ovaires en général, et prête à la même confusion. Le nom proposé par Battey : « ovariotomie normale ou extirpation de l'ovaire sain » est déjà moins vague et sans ambiguïté ; mais il est plus long et moins commode. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que la science n'élève aucune objection contre la dénomination adoptée par Hegar.

— —

HISTORIQUE

Dans les écrits des auteurs anciens il est beaucoup question des opérations qui, chez plusieurs peuples de l'Asie et de l'Afrique, étaient pratiquées sur les organes génitaux des filles en bas âge, et même après la puberté. Toutefois, les descriptions ne sont pas assez nettes pour qu'il soit possible de dire avec certitude s'il s'agissait là de l'excision du clitoris, des grandes ou des petites lèvres, de l'occlusion artificielle de la vulve ou de l'extirpation des ovaires. J. Riolanus Ambianus (*Opera quum physica tum medica.* Francofurt, 1611 *Anatome cap.* XXX, p. 522) a réuni tous les passages des anciens auteurs qui ont trait à cette question. De l'exposé qu'il en donne, il ressort qu'Andromytes, roi de Lydie, faisait subir la castration à des femmes, pour ensuite les utiliser dans son harem comme des eunuques femelles. Le roi Gygès avait recours à cette pratique dans un but différent, pour conserver aux femmes l'aspect de la jeunesse et d'une santé florissante (ut iis semper ætate et forma florentibus uteretur). D'autre part, tous les auteurs qui ont écrit sur la matière depuis le commencement du XVII[e] siècle mentionnent le fait rapporté pour la première fois par Wierus et relatif à un chatreur d'animaux qui pratiqua la castration sur sa propre fille, de mœurs très désordonnées, dans l'espoir de la guérir de ses malheureux penchants à la débauche. Tout ce que nous venons de relater dans les lignes qui précèdent constitue, pour ainsi dire, la période préhistorique de la castration chez la femme. Les renseignements authentiques sur cette opération ne datent que de la fin du siècle dernier. Le premier qui enleva, d'une façon involontaire il est vrai, un ovaire sain chez une femme vivante fut un Français du nom de l'Aumonier; ce chirurgien, qui exerçait à Rouen, ouvrit, en 1776, un abcès du bassin, survenu sous l'influence de la puerpéralité chez une femme nouvellement accouchée. La collection purulente siégeait au-dessus du ligament de Poupart. L'ovaire s'étant présenté au niveau de l'incision, le chirurgien n'hésita pas à enlever cette glande avec l'instrument tranchant. Mais c'est à un chirurgien anglais, à l'illustre Pott, que revient l'honneur d'avoir le premier

pratiqué la même opération à bon escient et d'une façon systématique. Ce fut chez une femme affectée d'une double hernie inguinale contenant les deux ovaires, avec des appendices du péritoine. Voici en quels termes Pott mentionne l'opération (*Œuvres chirurgicales*. Paris, 1777, T. I, p. 492) : « Les tumeurs étaient formées par les ovaires contenus dans de petits sacs péritonéaux. Avant de les exciser, on lia le pédicule par lequel ils tenaient au ventre. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; la santé de cette femme se rétablit bien, mais le flux menstruel, qui jusqu'alors avait été régulier, ne reparut plus; les seins, qui étaient gros, s'affaissèrent; les muscles prirent plus de développement, en un mot, la constitution de cette femme subit des modifications qui la rapprochaient de celle de l'homme. »

Les faits de l'Aumonier et de Pott, et des expériences pratiquées sur des animaux dans le but d'étudier la technique et les effets de l'extirpation des ovaires sains déterminèrent le chirurgien anglais, James Blundell, à adresser à la « Royal medical and chirurgical Society » de Londres, le 3 juin 1823, un mémoire pour proposer l'extirpation des ovaires sains comme moyen de traitement dans les cas de dysménorrhée, et dans les cas d'hémorrhagies par suite d'inversion de l'utérus, lorsque la malade se refusait à l'ablation de ce dernier organe. (Voir Aveling, the spaying of women, *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, 1879, Jan., n° 70, p. 617.) J'ignore toutefois si Blundell a donné suite à sa proposition. Parmi ceux qui se sont occupés du côté théorique de la question, il convient de citer encore un médecin français, le Dr G. Roberts qui, dans son « Fragment d'un voyage dans les provinces intérieures de l'Inde, en 1841 » — (par le Dr G. Roberts, membre de la Société orientale de Paris, chargé par M. le ministre de l'Instruction publique d'une mission dans l'Asie centrale. Paris, 1843), — raconte qu'il a vu et examiné dans les Indes des femmes castrates, âgées de 25 ans, dont l'extérieur offrait des caractères tout à fait particuliers. Ces femmes étaient grandes, robustes, fortement musclées, sans mamelles, sans aréole et sans ouverture vulvaire. L'arc du pubis était extrêmement étroit; le tissu cellulo-adipeux sous-cutané manquait au niveau du mont de Vénus; les fesses n'étaient ni plus fortes, ni mieux pourvues en tissu adipeux que chez l'homme. L'instinct sexuel faisait absolument défaut, et il n'y avait pas non plus trace d'hémorrhagies périodiques, soit par les organes génitaux, soit par toute autre partie du corps. Ces curieuses observations du Dr Roberts réalisaient, comme on

voit, un tableau très saisissant des modifications que l'extirpation des ovaires imprimerait à l'organisme de la femme.

Le premier chirurgien qui, dans la suite, enleva de nouveau un ovaire sain était également un Français, M. Koeberlé, de Strasbourg (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1877, n° 3, p. 28). L'opération eut lieu en 1869. L'éminent chirurgien voulait redresser un utérus en rétroversion, et le fixer dans sa position normale. Dans ce but, il s'était proposé de faire adhérer le ligament large du côté gauche à la paroi abdominale. L'ovaire du même côté gênant cette soudure du ligament large à la plaie abdominale, M. Koeberlé n'hésita pas à l'extirper.

Nous venons de voir que jusqu'en 1869 les cas authentiques d'ablation des ovaires sains appartiennent presque exclusivement à des chirurgiens français. J'ai laissé de côté quelques faits d'ablation d'un seul ovaire contenu dans une hernie, et rapportés par Englisch, comme ne rentrant pas directement dans mon sujet (Voir *Medicinische Jahrbücher*. Wien. Jahrgang 1871, p. 334). A partir de cette époque, l'opération en question prend racine à l'étranger. Après Koeberlé, Esmarch enlève chez une femme les deux ovaires descendus dans une double hernie inguinale (*Archiv für Gynaekologie*, Vol. XII, p. 132). Il s'agissait d'une jeune fille dont le développement physique et intellectuel laissait à désirer. Elle avait un bassin d'enfant, des seins rudimentaires; le conduit vaginal se réduisait à un cul-de-sac court, étroit; l'utérus faisait complètement défaut. Les ovaires étaient douloureux à la pression. Cette jeune fille était, en outre, depuis l'âge de quatorze ans, sujette à des douleurs périodiques dans les jambes, qui revenaient régulièrement toutes les quatre semaines. Voilà donc un exemple d'ablation des ovaires ayant conservé leur fonctionnement normal, quoique descendus dans des sacs herniaires, ablation pratiquée dans le but de mettre fin à ces congestions périodiques qui, par le fait de l'absence de l'utérus, ne pouvaient aboutir à une menstruation effective et devenaient par leur fréquente répétion une source d'incommodités.

Viennent maintenant les faits auxquels l'opération est redevable de son caractère actuel, et où l'extirpation des deux ovaires sains n'est ni un incident imprévu, comme dans le cas de l'Aumonier, ni une mutilation accessoire commandée par des raisons techniques, comme dans le cas de Kœberlé, ni une intervention réclamée par une hernie des ovaires comme dans les cas de Pott et d'Esmarch, mais bien une mutilation pratiquée de parti pris pour guérir, par l'ablation des

ovaires sains occupant leur siège normal, certaines maladies survenues chez des femmes. Par un hasard extraordinaire, Hegar et Battey ont été amenés presque simultanément à l'idée de pratiquer cette opération dans un but thérapeutique, de sorte que le mérite de la priorité pouvait être mis en discussion. Toutefois, il est maintenant à peu près certain que ces chirurgiens agissaient à l'insu l'un de l'autre, et comme Hegar a pratiqué sa première castration chez une femme, le 27 juillet 1872 (à Fribourg, Bade), et Battey seulement le 17 août de la même année à Rome, (Georgia, Amérique), le droit de priorité absolu revient incontestablement au premier. D'autre part, il est tout aussi avéré que la priorité de la publicité revient à Battey, qui a rendu compte de son premier cas de castration dès le mois de septembre 1872, dans le *Atlanta medical and surgical Journal* (p. 321). Or, c'est seulement à la fin de 1876 que M. Stahl a publié la relation de la première et de la seconde opération de même nature pratiquée par Hegar ; la seconde datait du 2 août de la même année. Dans le premier de ces deux cas, l'opération avait été réclamée pour une dysménorrhée et des névralgies ovariques extrêmement douloureuses ; dans le cas de Battey, pour une aménorrhée coïncidant avec des congestions périodiques (molimen) qui se reproduisaient toutes les quatre semaines, et avec des accidents péritonéaux et des phlegmons du petit bassin.

Depuis 1872, l'opératien a été vulgarisée comme nous l'avons déjà dit plus haut, et il n'est presque pas de pays où elle n'ait été pratiquée. Non seulement des observations nombreuses ont été publiées, mais elle a soulevé des discussions très intéressantes au Congrès des naturalistes allemands tenu à Baden-Baden au mois de septembre 1879, et au dernier Congrès international de médecine réuni à Londres dans le courant de l'année dernière.

PORTÉE DE L'OPÉRATION

Nous avons dit déjà quelle différence sépare la castration de la femme des autres opérations qui sont du ressort de la chirurgie. Ces dernières atteignent directement leur but; la castration vise au contraire les affections d'autres organes que l'instrument tranchant ne touche pas. Le point de départ est absolument différent dans les deux cas. La chirurgie vulgaire que je me permettrai d'appeler la chirurgie *naïve* n'a, pour en venir à l'ablation d'un organe ou d'une portion de notre organisme, qu'à se poser les questions suivantes: La lésion de telle ou telle partie de l'organisme est-elle suffisante pour compromettre la vie ou la rendre insupportable? Mettra-t-on fin à la maladie ou à l'état pathologique en supprimant la partie de l'organisme qui en est le siège? L'organisme considéré dans sa totalité pourra-t-il survivre à l'ablation de la partie lésée? Quand le chirurgien se trouve dans le cas de faire à ces trois questions une réponse affirmative, il se décide pour l'opération. Mais toutes autres se présentent les choses avec la chirurgie nouvelle, on pourrait presque dire transcendante, inaugurée par Hegar et Battey. Ici on enlève les ovaires intacts ou à peine lésés dans leur structure, pour provoquer dans l'organisme féminin toutes les modifications qu'entraîne la suppression fonctionnelle des dits organes. Cela implique une connaissance exacte du rôle des ovaires et de leur signification dans l'économie de la femme, qui permette de prévoir d'une facon précise ce qu'il adviendra, une fois les ovaires enlevés. Il serait, en effet, plus qu'aventureux de poursuivre des effets basés sur la suppression fonctionnelle d'un organe, sans en connaître toutes les fonctions avec exactitude, sans savoir quelle est l'influence de leur présence, sans savoir par quelles manifestations se révèle leur disparition. Je dis que ce serait plus qu'aventureux, du moment qu'il ne s'agit pas d'une intervention sans gravité, mais d'une opération qui, entre les mains des chirurgiens les plus habiles et pratiquée sur des sujets jeunes pour la plupart, a donné, d'après la statistique de Battey, 38 cas de mort sur un ensemble de 193 cas, c'est-à-dire une proportion de mortalité de 20 0/0. Il s'agit donc bien d'une opération des plus dangereuses.

Dès lors, l'étonnement s'impose, quand on constate que les prémisses formulées ci-dessus sont en défaut, et que les promoteurs de l'opération y ont eu recours sans avoir une connaissance précise des fonctions des ovaires et de leur rôle dans l'organisme de la femme, qu'ils se sont contentés de simples présomptions ou de théories plus ou moins discutables, qu'ils ont puisé dans des notions insuffisantes, comme cela est unanimement reconnu, le courage de pratiquer une opération, au risque de voir une théorie erronée ou une supposition sans preuve payée au prix d'une vie humaine.

La seule notion précise que nous ayons des ovaires se réduit à ceci : ce sont les organes glandulaires dans lesquelles se développe l'œuf humain. Nous pouvons donc dire en toute certitude : Pour qu'une femme conçoive, il faut qu'elle soit en possession de ses ovaires, ou du moins de l'un d'eux. En lui enlevant ces organes, nous la mettons dans l'impossibilité de concevoir. Si donc, dans un cas quelconque, il existait une indication absolue de rendre une femme stérile— ainsi, dans le cas d'un rétrécissement extrême du bassin qui à l'occasion de chaque délivrance crée un péril imminent pour la vie de la mère et du fœtus — nous posséderions dans la castration un moyen parfaitement sûr d'atteindre ce but. Le chirurgien qui, à l'instar de ce qui arrive dans l'opération de Porro, enlèverait les ovaires dans un cas pareil, pourrait garantir que : 1° son dessein est de rendre la femme stérile, que 2° en enlevant les ovaires, il est certain d'atteindre son but, 3° qu'il ne connaît pas d'autre moyen de l'atteindre avec autant de certitude, en mettant naturellement de côté la continence absolue qui échappe au contrôle du médecin.

Il est singulier que jusqu'ici on ait, en pratiquant la castration chez les femmes, poursuivi des buts très divers, excepté toutefois celui que l'opération peut atteindre avec une absolue certitude, la stérilité. Et, en effet, parmi les indications que les chirurgiens ont assignées à la castration, et la liste en est aujourd'hui fort longue, on ne trouve pas celle qui devrait figurer en tête, comme étant *à priori* de toutes la plus rationnelle : Rendre la conception impossible. C'est qu'avec la castration on ne veut pas atteindre les ovaires dans leur fonction propre, qui est de former des ovules, on s'attaque à leurs attributs hypothétiques qui nous les représentent comme présidant à d'autres fonctions.

Pour définir d'une façon sûre le rôle des ovaires dans l'organisme

de la femme, il faudrait être en mesure de faire une réponse catégorique aux questions suivantes :

1° Quelle est l'influence des ovaires sur le développement de l'appareil génital et des autres organes ?

3° Quels sont les rapports existant entre les ovaires et le type sexuel de l'organisme considéré dans son ensemble ?

3° La menstruation est-elle ou non sous la dépendance de l'ovulation ?

4° Les ovaires influencent-ils le sens génital de la femme ?

5° Quelles sont les relations possibles entre certaines névroses de la femme, telles que l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, la manie, etc., et les ovaires ?

Au point de vue de la légitimité de la castration, ces questions sont d'une importance capitale ; il est clair, en effet, que le chirurgien tient une conduite singulière, si supposant que la menstruation ou certaines névroses sont dans une dépendance directe des ovaires, il supprime ces organes dans le but de guérir ces névroses ou de tarir la menstruation, et s'il appert ensuite que les prémisses étaient fausses, qu'il n'existe aucune relation entre les ovaires d'une part, les dites névroses et la menstruation de l'autre. C'est pourquoi nous allons rechercher d'abord ce que l'on savait des questions que nous venons de soulever, à l'époque où la castration des femmes fut proposée comme un moyen thérapeutique, et dans quelle mesure les résultats fournis par l'opération de Hégar et de Battey sont venus élucider ces questions.

Les anciens physiologistes et anatomistes admettaient comme un dogme, que le type sexuel et le développement embryogénique de la femme sont déterminés par l'existence des ovaires, et ils avaient fixé cette croyance dans l'aphorisme bien connu : *Propter solum ovarium mulier est quod est.* Mais l'observation nous a appris que ce proverbe épigrammatique n'a pas une valeur absolue. Il est possible et très vraisemblable que le développement des autres parties de l'appareil génital, de l'utérus, du vagin, des organes génitaux externes, est étroitement lié au développement des ovaires, sans que nous puissions l'affirmer avec une certitude complète. Seule, l'expérimentation pourrait nous apprendre ce qu'il advient de l'appareil génital, lorsque les ovaires sont enlevés de très bonne heure, autant que possible au moment de la naissance. De telles expériences, pour des raisons qui se devinent, n'ont jamais été pratiquées sur des individus de notre

espéce; une seule fois on en a fait l'essai sur une femelle d'animal, d'une façon qui lui donne la valeur d'une observation scientifique. Hegar (*Die Castration der Frauen*, p. 47 et 48) a enlevé les deux ovaires a une jeune femelle de porc, et un seul de ces organes à un autre animal de la même espèce. Sept mois après, les deux animaux ont été sacrifiés. Chez le premier l'utérus, le vagin, la vulve n'offraient qu'un développement très rudimentaire, le rut ne s'était jamais manifesté; chez le second le développement des mêmes organes était parfaitement normal et les phénomènes du rut avaient pu être observés.

Cette expérience parle donc en faveur d'un rapport direct entre le développement de l'appareil génital et celui des ovaires. Chez l'homme, nous en sommes réduits, à défauts d'expériences directes, à baser nos conclusions sur des cas où par suite d'un arrêt de développement les ovaires manquaient où n'existaient qu'à l'état rudimentaire.

Dans un remarquable travail (*Des ovaires et de leurs anomalies*, Paris, 1873), Puech a réuni toutes les observations de ce genre mentionnées dans la littérature médicale, ou par lui faites. La lecture de ces observations, et de celles qu'avait déjà relevées Kussmaul (*Von dem Mangel, der Verkuemmerung und Verdoppelung der Gebaermutter*. Wurzburg, 1859) conduit aux conclusions suivantes : Dans le cas d'abscence congénitale (mais il ne faut conclure à ce vice de développement qu'avec la plus grande réserve, et après avoir fouillé la cavité abdominale et ses dépendances avec un soin minutieux, car on a vu les ovaires se cacher non seulement dans les tumeurs herniaires et dans les grandes lèvres, mais aussi dans les replis de l'intestin ou du mésentère, soudés qu'ils étaient à ces membranes), dans le cas d'absence congénitale des ovaires, il est de règle qu'on rencontre d'autres anomalies de développement, ainsi des ectopies vesicales de l'anencéphalie, etc.; l'utérus et le vagin manquaient complètement, ou étaient à l'état rudimentaire; toutefois, dans deux observations de Puech, le vagin offrait son développement normal. Parfois aussi tout vice de développement fait défaut, le corps est bien développé et offre le type féminin bien tranché, avec des organes génitaux externes et des seins de conformation normale. Dans un cas de M. Depaul, cité par Puech, non seulement les organes génitaux externes mais encore l'utérus offraient leur développement physiologique.

La menstruation ne s'établit pas dans les cas d'absence congénitale des ovaires, cela est de règle. Pourtant Kussmaul a noté dans un cas des hémorrhagies périodiques par la muqueuse du nez. L'appétit gé-

nital subsiste, quelquefois même il est excessif, comme il arriva dans un cas de Hauff (*Würtembergisches Correspondenzblatt*, 1877, n° 5); il s'agit d'une fille qui n'avait pas d'ovaires et qui s'adonnait à l'onanisme avec frénésie.

Lorsque les ovaires existent, mais à l'état rudimentaire, on rencontre, outre les vices de développement que nous venons de mentionner, des anomalies du côté des gros vaisseaux, signalées pour la première fois par Virchow (*Chlorose und Endocarditis*, in *Beitraege zur Geburtshilfe und Gynækolologie der geburtshilflichen Gesellschaft in Berlin* I, p. 328); la plus fréquente est le rétrécissement de l'aorte. D'autre part une coïncidence fréquente est celle de l'idiotie et du crétinisme avec des ovaires rudimentaires. Morel (*Traité des maladies mentales*. Paris 1860, p. 567) s'exprime a cet égard d'une façon très nette : « Je veux parler, dit-il, de l'état rudimentaire des organes génitaux dans les variétés inférieures des folies héréditaires. J'ai observé ce fait sur une vaste échelle. Je n'aurais jamais cru qu'il pût être constaté dans des proportions aussi énormes. L'autopsie de jeunes filles de 18 à 20 ans, chez lesquelles aucun phénomène de puberté n'avait été signalé, m'a révélé l'état rudimentaire des ovaires et de l'utérus au point que ces organes présentaient un véritable état d'atrophie et n'étaient pas plus développés que chez des enfants de 5 à 6 ans ». Quand un seul ovaire manque ou se rencontre à l'état rudimentaire, les autres parties de l'appareil génital présentent habituellement leur développement normal, et le type corporel est bien celui de la femme. Dans les cas d'utérus unicorne, l'ovaire ne manque presque jamais du côté atrophié. De même dans d'autres anomalies, absence congénitale et arrêt de développement des organes génitaux, les ovaires peuvent atteindre leur volume normal et fonctionner régulièrement.

Peut-on déduire de ces faits des conclusions précises touchant le rôle qui revient aux ovaires dans le développement embryogénique de l'appareil sexuel et de l'organisme dans son ensemble ? Cela nous paraît difficile. S'il est de règle, dans les cas d'absence congénitale ou de développement rudimentaire des ovaires, de voir manquer l'utérus et le vagin, il n'en est pas toujours ainsi. Les ovaires ne président donc pas d'une façon nécessaire au développement des autres parties de l'appareil génital, ce que démontre également leur présence chez des individus qui n'ont ni utérus, ni vagin. L'abscence des ovaires coïncide fréquemment avec le rétrécissement des gros vaisseaux, avec l'idiotie et le crétinisme et d'autres arrêts de développement. Mais il

est impossible d'établir si les anomalies du côté des ovaires entrainen à leur suite les anomalies des autres organes et appareils, si c'est l'inverse qui a lieu, ou encore si ces deux ordres d'anomalies sont sous la dépendance d'une seule et même cause et ne représentent dès lors que de simples coïncidences sans nul rapport de causalité. Nous constatons donc que dans l'état actuel de la science il est impossible de faire une réponse catégorique à la première de nos cinq questions.

Même indécision pour la réponse à faire à notre seconde question : Quels rapports existent entre le développement des ovaires et le type sexuel de l'organisme ? La réponse à faire à cette question est comprise en partie dans les considérations que nous avons fait valoir plus haut. Nous avons vu dans les faits publiés par Puech et par Kussmaul le type féminin parfait coïncider avec l'absence complète ou l'état rudimentaire des ovaires ; le bassin avait son développement physiologique, les formes corporelles étaient arrondies et les seins bien développés. Il en était encore ainsi dans l'observation déjà citée de Hauff, et dans une autre de Fehling (*Archiv für Gynaekologie*, vol. X, p. 56) où on constata, à côté d'une absence complète des ovaires, un développement tout à fait normal de l'utérus, du vagin et du bassin « qui était bien charpenté, large, au type absolument féminin ». La meilleure preuve qu'il n'existe pas de rapports directs de causalité entre le type sexuel et les ovaires nous est fournie par l'hermaphrodisme « transversal ». On a donné ce nom à cette variété du pseudo-hermaphrodisme dans laquelle les organes glandulaires de l'appareil sexuel d'une part, les organes génitaux externes et le type corporel de l'autre n'appartiennent pas au même sexe. Cette variété d'hermaphrodisme est dite *virile*, lorsque l'individu sur lequel on l'observe est pourvu de testicules et offre le type féminin très accentué. On l'appelle féminin, lorsque le sujet est pourvu d'ovaires et réalise le type masculin d'une façon tranchée. M. Lefort, dans un travail d'un très grand intérêt (Des vices de conformation de l'utérus et du vagin, Paris, 1864) a réuni les principaux faits de cette nature. Je ne citerai de ce travail qu'une observation (Steglehner) rapportée à la page 196 ; elle est relative à une jeune personne de 23 ans, qui succomba à la phtisie. Le type corporel, la conformation du thorax, des hypochondres, de l'abdomen et des hanches étaient absolument ceux de la femme. Les seins et les mamelons étaient bien développés, le larynx un peu plus proéminent que chez la plu-

part des femmes; la voix avait été celle d'un baryton, rauque par moment et se rapprochant du timbre de la voix de l'homme. Les organes génitaux externes, bien développés d'ailleurs, se rattachaient également au type féminin. Le clitoris et les petites lèvres étaient un peu courts. Le vagin occupait sa situation normale ; il était étroit et raccourci. L'hymen était intact. L'utérus, les trompes et les ovaires manquaient totalement. Mais il existait des testicules, situés en avant des anneaux inguinaux, entourés du cremaster et de la tunique vaginale; les canaux déférents, au trajet normal, débouchaient dans des vésicules séminales, d'où partaient des canaux éjaculateurs qui s'ouvraient dans le vagin. Cette observation est absolument concluante. Elle démontre qu'il n'existe aucune relation nécessaire entre le type sexuel et la présence ou l'absence des ovaires. Sans doute on peut lui opposer les assertions de Roberts, comme quoi, dans les Indes, les femmes de certaines tribus, qui ont subi la castration double dès leur première enfance, acquièrent ensuite un type masculin très tranché quant au développement de leur squelette et à leurs formes extérieures. Toutefois ces assertions laissent prise à un certain scepticisme, d'autant plus que les nombreux médecins anglais qui ont exercé dans les Indes pendant de longues années n'ont jamais corroboré les récits de Roberts.

Les deux questions que nous avons discutées jusqu'ici ont surtout un intérêt théorique. Il en est tout autrement de la troisième, de celle qui a trait aux rapports des ovaires et de la menstruation ; ici c'est l'intérêt pratique qui entre en jeu. En effet, aucun chirurgien dans nos contrées n'a pratiqué la castration sur une femme pour influencer le développement des organes génitaux externes ou pour modifier le type sexuel, tandis que cette même opération a été entreprise des centaines de fois pour supprimer la menstruation. Quelle est donc l'influence des ovaires sur la fonction menstruelle ? cette fonction est-elle sous la dépendance immédiate et exclusive des ovaires ? Cette question est encore fort discutée de nos jours. D'un côté on soutient que l'ovulation est la cause de a menstruation, et de l'autre qu'il n'existe aucun rapport de causalité entre ces deux phénomènes. Il est vrai de dire que les deux camps ne comptent pas des partisans en nombre égal. La première opinion a rallié bien plus de voix que la seconde, mais de part et d'autre la conviction est aussi tranchée et s'est traduite par des affirmations également catégoriques. Je ne citerai pour preuves que les deux extraits suivants,

qui sont également explicites en faveur de l'une des deux théories. Scanzoni (*Lehrbuch der weiblichen Sexualorgane*, Wien, 1867, p. 344) a dit : «Sous le nom de menstruation on groupe une série de phénomènes, qui se passent dans le corps de la femme et dont le point de départ doit être placé dans la maturation périodique d'un ovule dans les follicules de Graaff. » Au contraire, Beigel (*Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, Erlangen, 1874. vol. I, p. 321) écrit : « A notre avis, l'ovulation marche parallèlement à la menstruation. Par contre, la menstruation poursuit sa marche propre, sans être dans une dépendance quelconque de l'ovulation, seulement les deux phénomènes ont le même *stimulus* ; par suite, la rupture d'un follicule de Graaf peut coïncider avec l'époque de la menstruation, sans nullement être la cause de celle-ci. » Il est difficile d'exprimer l'opposition de deux doctrines d'une façon plus tranchée que cela n'a lieu dans ces deux citations !

Que l'ovulation soit la cause de la menstruation, c'est là avant tout une hypothèse, une théorie ; car on ne saurait faire intervenir à l'appui de ce prétendu rapport l'observation directe. Or, les hypothèses scientifiques supposent comme condition nécessaire de ne souffrir aucune exception, mais de trouver leur application à tous les cas particuliers. L'intervention de la statistique ne saurait être valable ici. Il n'existe pas, pour l'appréciation des théories scientifiques, un suffrage universel des faits, où la majorité assure le triomphe. Qu'un seul fait ne puisse être justifié par une hypothèse, et celle-ci s'écroule quand même elle nous donne la clef de milliers d'autres faits. Une des hypothèses les plus solidement assise est indubitablement celle de l'attraction universelle, sur laquelle reposent les notions relatives à la pesanteur. Qu'il arrive une seule fois qu'un boulet de canon lancé du haut d'une tour ne gagne pas le sol, mais s'élève dans l'air, et la théorie de la pesanteur serait renversée à jamais, sans que les milliers de faits sur lesquels elle s'appuie fussent à même de la sauver. Il en est de même de la théorie qui subordonne la menstruation à l'ovulation. Elle a quelque chose de séduisant. Elle se présente à notre esprit avec les allures d'une théorie rationnelle. Elle est acceptée par la grande majorité des auteurs. Les faits qui plaident en sa faveur ne manquent pas, comme nous le verrons un peu plus loin. Or, qu'on produise un seul fait irrécusable de persistance de la menstruation à la suite de l'extirpation totale des ovaires, et ce fait sera suffisant pour établir que la cause de la menstruation ne doit pas

être placée dans les ovaires, suffisant pour renverser la théorie en question. Eh bien, de tels faits, d'une authenticité parfaite, ne se comptent plus dans la littérature médicale.

Les raisons qu'on a invoquées en faveur de la théorie qui subordonne la menstruation à l'ovulation n'ont pas toutes une égale valeur; les unes ont une signification exclusivement philosophique, elles ont été conçues *à priori*, et c'est à peine si, d'autre part, elles s'appuient sur les données de l'observation. Quelle valeur accorder par exemple à l'argumentation de Pfiüger (*Ueber die Bedeutung und Ursache der Menstruation* in *Untersuchungen aus dem phys. Laboratorium zu Bonn*, Berlin, 1868, p. 55), lorsque avec un enthousiasme téléologique il s'écrie : La menstruation est une incision inoculatrice pratiquée par la nature pour greffer l'œuf fécondé sur l'organisme maternel » ! On n'a guère réussi jusqu'à ce jour à retrouver l'œuf humain dans les sécrétions menstruelles. Dans un certain nombre de cas, on a pu pratiquer l'autopsie de femmes qui avaient succombé en pleine période menstruelle, et dont les ovaires renfermaient des follicules fraîchement rompus. Cet argument se heurte à l'objection déjà soulevée, c'est que tels faits d'observation démontrent la coïncidence des deux phénomènes, que personne ne nie, beaucoup plus que leurs rapports de causalité. Il existe d'ailleurs des observations de femmes enlevées dans le cours de la période menstruelle et à l'autopsie desquelles on ne trouva pas de follicules rompus dans les ovaires. Tilt (*On uterine and ovarian inflammation*, London, 1862, p. 64, 67 et suiv.) a colligé avec soin les faits de cette nature et je vais citer les exemples les plus frappants rapportés par cet auteur. Il y a d'abord une observation de Paget, relative à une femme, Maria Manning, exécutée au moment où elle avait ses règles. Le début de l'époque menstruelle avait précédé de 12 heures environ le moment de l'exécution. A l'autopsie de cette femme on trouva des ovaires de dimensions normales, persemées de cicatrices à leur surface, avec quelques fausses membranes. A la surface de l'ovaire, du côté droit, on voyait proéminer trois follicules de Graaf, d'aspect normal et remplis d'une sérosité claire. Un quatrième follicule était à la fois très volumineux et très proéminent. Nulle trace d'une rupture récente d'un follicule, ou de la sortie d'un ovule. De même, Ritchie (*Contributions to assist the study of ovarian physiology and pathology*, London, 1865) a publié une série de cas relatifs a des femmes mortes dans le cours d'une époque menstruelle ou peu après, sans qu'à l'autopsie on trouvât de quoi admettre la rupture

récente d'un follicule de Graaf. A mentionner encore le cas publié par M. de Sinéty (*Note sur l'indépendance relative qui peut exister entre l'ovulation et la menstruation*, in *Gazette médicale*, 1876, n° 52, p. 623). Une hystérique de 21 ans, qui avait été prise des premiers accidents dans sa dixième année, à la suite d'une violente émotion, était sujette à des accès d'hystero-épilepsie qu'arrêtait la compression de l'ovaire. Cette jeune fille était réglée depuis l'âge de 13 ans, mais les époques étaient peu régulières. Elle succomba. A l'autopsie on trouva l'utérus tel qu'il se montre aux époques menstruelles, parcouru de vaisseaux gorgés de sang, avec ses glandes hypertrophiées, dépouillées presque partout de son revêtement épithélial cylindrique, etc. Les deux ovaires ne renfermaient que des follicules primitifs, mais point de *corps jaunes*.

Les données fournies par l'anatomie pathologiquenetranchent donc la question ni en faveur de la théorie qui subordonne la menstruation à l'évolution, ni contre cette théorie.

Un autre argument invoqué par les partisans de cette théorie, c'est l'endolorissement et la tuméfaction des ovaires aux époques menstruelles. Dans les cas de hernie des ovaires, comme ceux qu'a recueillis Verdier (*Traité des hernies*. Paris, 1840, p. 396), ce fait est facile à contrôler. Mais il perd presque toute sa valeur devant cette autre circonstance relevée par M. Charcot, que les ovaires sont souvent douloureux dans les intervalles des époques menstruelles. Il est reconnu aussi que la conception peut se faire plusieurs jours après la cessation des règles, que par conséquent, en dehors des époques, des ovules peuvent arriver à maturation et s'échapper des ovaires ; à moins d'admettre qu'un ovule non fécondé peut s'arrêter pendant vingt jours dans une trompe ou dans l'utérus, sans perdre la propriété d'être fécondé. Oldham (cité par Tilt, *loco citato*, p. 67) dit à ce sujet : « Je connais des faits, qui ont été de ma part l'objet d'une investigation minutieuse et dans lesquels la conception s'effectuait 10, 12 et 21 jours après une époque de règles. » Hirsch a publié (in *Schmidts Jahrbücher* 1852, vol. II), un cas où la conception datait du vingt-deuxième jour après la dernière époque menstruelle.

On serait en droit de supposer que les observations de femmes avec absence congénitale des ovaires fournissent des arguments décisifs pour ou contre la théorie de la menstruation considérée comme une conséquence de l'ovulation. Il n'en n'est rien. Sans doute

on n'a jamais observé de flux menstruel dans les cas d'absence congénitale des deux ovaires. Mais comme il a été dit plus haut, en pareil cas il existe simultanément d'autres malformations des organes génitaux, de nature telle que l'absence de la menstruation leur est tout aussi bien imputable. L'ovariotomie, qui a été introduite dans la pratique chirurgicale il y a quelque trente ans, et qui depuis lors est devenue une opération si usuelle, que Spencer Wells de Londres à lui seul l'a faite un millier de fois, nous a fourni des données très riches pour étudier l'influence de l'ablation des ovaires sur la menstruation. Eh bien, ces données n'autorisent aucune conclusion catégorique, favorable à la théorie de la subordination de la menstruation à l'ovulation. Presque tous les observateurs qui ont pu suivre pendant quelque temps des femmes ovariotomisées ont constaté, bon nombre de fois, la persistance de la menstruation à la suite de l'extirpation des deux ovaires. Je n'emprunterai à la littérature médicale, très riche sur ce point, que quelques-uns de ces faits :

Brière de Boismont a fait l'autopsie d'une femme dont les ovaires avaient été complètement désorganisés à la suite d'une péritonite purulente avec salpingite et oophorite. Ces lésions inflammatoires avaient précédé de fort loin la mort de cette femme. Or, dans l'intervalle qui s'écoula entre la péritonite et la mort, le flux menstruel avait reparu à deux reprises. Ce cas n'est peut-être pas très concluant; on en peut dire autant de celui qui suit et qui est emprunté à M. Koeberlé. Il a été maintes fois cité comme un des arguments décisifs en faveur de la théorie qui fait la menstruation indépendante de l'ovulation. D'après la relation qu'en ont donnée Peaslee, Goodman, Jackson, Atlee et d'autres, il se serait agi d'une femme qui avait subi l'extirpation du corps de l'utérus et des deux ovaires. A la suite de cette mutilation, cette femme aurait continué d'avoir des flux menstruels réguliers, par le conduit vaginal et par le col de l'utérus. Hegar s'étant adressé à M. Koeberlé pour avoir de plus amples renseignements sur ce fait, voici ce que lui répondit ce dernier : « (Hegar. *Die Castration der Frauen*, p. 64.) Il y a eu un malentendu de la part de M. Peaslee au sujet d'une de mes opérées dont le corps de la matrice a été extirpé et qui a continué à avoir des règles aux dépens de la portion cervicale de l'utérus. Cette malade n'avait pas subi l'extirpation des ovaires. Il survint peu de temps après l'extirpation une grossesse extra-utérine et l'opérée a succombé au sixième mois de la grossesse, par suite d'un accident. »

Les autres faits cités par des chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie n'en sont que plus démonstratifs. Atlee (*General and differential diagnosis of ovarian tumors with special reference to the operation of ovariotomy.* Philadelphia, 1873, p. 35 et suiv)., en publie cinq : C'est d'abord une dame J. C., de Baltimore, qui subit l'extirpation des deux ovaires pour cause de dégénérescence kystique de ces organes, le 17 avril 1852. Jusqu'en mai 1864, c'est-à-dire pendant douze années après l'opération, cette femme continua d'avoir régulièrement ses règles, puis la menstruation fit défaut pendant un an, pour reparaître au mois de mai 1865, et persister jusqu'à l'époque où ce fait fut livré à la publicité (1872).

Une dame K. V., de Baltimore subit la même opération, le 25 avril 1855. Après que les deux ovaires eurent été enlevés, les règles furent supprimées pendant quelques mois, remplacées d'ailleurs par des *molimens.* Vers la fin de l'année 1855, cette femme se maria ; à partir de cette époque, les règles se rétablirent.

Chez le sujet de la troisième observation, Atlee enleva l'ovaire gauche en 1857, l'ovaire droit en 1864. Depuis la seconde opération jusqu'en 1870, les règles se sont montrées régulièrement, avec la même abondance et les mêmes caractères qu'autrefois.

Chez une quatrième femme, Atlee enleva l'ovaire gauche en 1846, l'ovaire droit en 1861. Après cette seconde opération, les règles continuaient à paraître tous les mois.

Les choses se comportèrent de la même façon dans le cinquième cas; toutefois l'observation a une durée beaucoup moindre, le fait ayant été publié trois mois après l'extirpation des deux ovaires.

Peaslee (*Ovarian tumors, their pathology, diagnosis and treatment*, London, 1872, p. 526) décrit quelques cas d'ovariotomie double, suivis d'écoulements de sang réguliers par les voies génitales. Mais il néglige de dire si ces hémorrhagies se reproduisaient à intervalles réguliers.

L'observation suivante de A. Reeves Jackson (*American Journal of medical sciences*, July, 1866 p. 111) est à la fois très explicite et très concluante. Il s'agit d'une femme de 44 ans que l'auteur opéra à Chicago. Les règles s'étaient arrêtées la veille même de l'opération. Elles reparurent au 31ᵉ jour, pour durer quatre jours. Il s'écoula ensuite 83 jours jusqu'à la réapparition du flux mentruel, mais à partir de ce moment les règles se montraient de nouveau à des intervalles réguliers de 28-29 jours, avec une durée de 3 à 5 jours, et offrant tous les

signes de la véritable menstruation, et il en fut ainsi pendant vingt mois. Au bout de ce temps nouvelle interruption de quatre mois. La femme avait alors 47 ans et n'offrait aucun signe d'une affection de l'utérus ou du vagin, capable de rendre compte de ces flux hémorrhagiques. Ce cas fit de l'impression sur l'esprit de M. Jackson et son attention se dirigea dès lors d'une façon spéciale sur ce point. En 1870 il a publié dans le *Chicago medical journal* de nombreux cas analogues empruntés à la pratique d'autres chirurgiens (Spencer Wells, Charles Clay, Baker Brown, Stohrer et d'autres) de persistance de la menstruation à la suite de l'extirpation des deux ovaires. En 1876 cet auteur avait réuni des matériaux en quantité suffisante pour, en se basant sur ces faits irrécusables, réfuter d'une façon formelle la subordination de la menstruation à l'ovulation (*The ovulation theory of menstruation will it stand? The american Journal of obstetrics*, octobre 1876, n° 4, p. 550).

Naturellement les partisans de cette théorie n'ont pas ménagé les critiques aux observations produites par leurs adversaires. Ils ont invoqué les causes d'erreur suivantes : tout d'abord l'extirpation des deux ovaires peut facilement laisser dans la cavité abdominale quelque reste de la substance de ces glandes, adhérant au pédicule, comme il ressort des cas où, à la suite de l'ovariotomie double, un nouveau kyste s'est développé à l'extrémité du pédicule. En second lieu, des erreurs de diagnostic sont possibles, en vertu desquelles on croit avoir enlevé un kyste de l'ovaire tandis qu'en réalité on a extirpé une tumeur qui n'a rien à voir avec les ovaires. (Cette seconde cause d'erreur est difficilement admissible, étant donnée l'habitude qu'ont les opérateurs de faire soumettre la tumeur extirpée à l'examen microscopique.) Enfin, a-t-on dit, à côté des ovaires il peut y avoir des glandules accessoires, *parovaries*; ou bien des éléments constituants du parenchyme ovarique peuvent être répandus dans toute l'étendue des ligaments larges, aussi bien à leur surface qu'entre leurs deux feuillets, et ces résidus peuvent non seulement entretenir l'activité menstruelle, mais encore — après l'extirpation des deux ovaires! — rendre possible une conception. (Mais il n'existe pas à notre connaissance, dans la littérature médicale, un seul exemple authentique d'une grossesse survenue dans de telles conditions). Une quatrième objection consiste à dire qu'il est très difficile de se renseigner d'une façon exacte sur la persistance de la menstruation, parce que celle-ci est considérée comme un attribut de la féminité et que dès lors

les femmes se vantent volontiers de voir encore leurs règles, lorsqu'il n'en est absolument rien. (Il est incontestable qu'on devra tenir compte de cette objection dans bon nombre de cas; mais elle ne saurait être dirigée contre l'observation de Jackson qui avait contrôlé *de visu* les renseignements fournis par la femme.)

Enfin, cinquièmement des hémorrhagies de toute autre nature peuvent en imposer pour des flux menstruels, et cela d'autant plus qu'on voit survenir des hémorrhagies périodiques sous toutes autres influences que la menstruation, voire chez l'homme. C'est ainsi que Corvisart (*Journal de médecine*, vol. XXVI, p. 329) raconte avoir vu un conscrit de 1814 du nom de Jean Peroche, qui depuis sa quinzième année était sujet à des hémorrhagies périodiques par le méat urinaire, revenant tous les 25 ou 30 jours et d'une durée minima de 3 à 4 jours. Le Dr King, rapporte (in *British medical journal* 1867, vol. II, p. 25) l'observation d'un jeune homme de 22 ans qui perdait tous les mois par les glandes sébacées situées en arrière de la couronne du gland, environ 1 ou 2 onces de sang. Chacune de ces périodes duraient de 3 à 6 jours ; le phénomène se montrait déjà depuis trois ans, lorsque King en fut témoin.

La réalité de ces différentes causes d'erreur n'est pas à contester, et on ne peut les éliminer que lorsque, après une castration double, l'on a pu poursuivre ses observations pendant des années, qu'on a constaté le retour périodique des époques menstruelles et que finalement après la mort du sujet, un examen microscopique très minutieux a démontré qu'il ne restait pas dans la cavité abdominale la moindre trace de parenchyme ovarique. Une pareille observation idéale, réalisant toutes les conditions d'une expérience de laboratoire, n'existe pas jusqu'à présent. En attendant qu'elle se produise, on peut, à la critique des faits de castration double avec persistance de la menstruation, opposer la critique des faits prouvés et où à la suite de cette même opération la menstruation se trouva supprimée. Dans les faits de cette seconde catégorie, les partisans de la subordination de la menstruation à l'ovulation voient un argument capital en faveur de leur théorie, quoique leur valeur soit moindre encore. Tout d'abord, dans beaucoup de ces cas d'ovariotomie double réclamée pour des kystes de l'ovaire, la menstruation était déjà très irrégulière avant l'opération, ou même totalement supprimée. De plus, l'ovariotomie nécessite la ligature de vaisseaux nombreux et pour la plupart d'un calibre respectable, vaisseaux qui, après la guérison, se trou-

veront oblitérés. Il s'en suit des changements profonds dans l'état de la circulation du bassin ; le sang est obligé de refluer vers des voies collatérales et d'adapter le trajet de ces voies aux nouvelles conditions circulatoires. Quel que puisse être le rôle des ovaires dans la menstruation, quel que soit le point de départ de l'impulsion qui donne naissance aux congestions et aux hémorrhagies périodiques, une chose est certaine, c'est que l'instrument de ces congestions et de ces hémorrhagies n'est autre que l'appareil vasculaire des organes génitaux. Or, quand cet appareil a subi des modifications profondes et radicales comme celles que laisse nécessairement à sa suite l'ovariotomie, la raison de la suppression de la fonction menstruelle peut parfaitement être placée dans les vaisseaux en question, sans préjudice de l'influence éventuelle qui peut revenir aux ovaires. La preuve que cette interprétation n'est pas arbitraire réside dans ce fait observé par tous les chirurgiens qui ont pratiqué des ovariotomies, comme quoi après l'opération, et alors même qu'il ne se produit point d'hémorrhagie par les organes génitaux, on note des congestions périodiques vers la tête, les poumons ou les organes abdominaux, de véritables *molimens*. L'impulsion qui pousse aux flux menstruels subsiste par conséquent, malgré l'absence des ovaires, mais le sang qui ne peut s'engager dans ses voies habituelles à cause de l'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux, ne se presse plus vers ses débouchés habituels ; il afflue dans d'autres organes. Des observations de M. Péan (Péan et Urdy, *Hystérotomie*, Paris, 1873, p. 57, 61, 71) démontrent d'ailleurs que des modifications dans la circulation intra-abdominale, des perversions du type menstruelles, peuvent être amenées par des opérations graves intéressant les organes abdominaux, même lorsque les ovaires sont laissés en place; ainsi à la suite de l'extirpation de l'utérin. Dès lors la suppression persistante des règles à la suite de l'extirpation des deux ovaires ne serait nullement une preuve établissant que ces glandes tiennent la fonction menstruelle sous leur dépendance.

De cette discussion, dont l'importance du sujet justifie les développements, il ressort, en fin de compte, que dans l'état actuel de la science on ne saurait faire de réponse catégorique à la question de savoir si la menstruation est ou non sous la dépendance des ovaires. Les faits qui se rapportent à cette question sont susceptibles de recevoir des interprétations différentes, et les partisans de la subordination de la menstruation à l'ovulation aussi bien que les adversaires

de cette théorie peuvent, avec des apparences de raison, en appeler aux données de l'observation.

Il n'est pas possible davantage de trancher d'une façon catégorique la quatrième question qui est de savoir si le sens génital dépend des ovaires.

Cependant des faits en assez grand nombre prouvent que l'influence des ovaires sur les appétits vénériens doit être nulle ou très minime. Dans l'observation déjà citée de Hauff, où il s'agissait d'une absence congénitale des deux ovaires, le sens génital était très développé car la jeune fille qui fait le sujet de l'observation était fort adonnée à la masturbation. D'autre part, Peaslee (*Ovarian tumors* etc., p. 524), écrivait : « Trois de mes patientes (sur lesquelles il avait pratiqué l'extirpation des deux ovaires) ont été après leur guérison des exemples frappants de la persistance du type féminin ; toutes trois elles avaient conservé les attributs antérieurs du corps et de l'esprit, et la même sensitivité dans les rapports conjugaux. » Kœberlé, cité par Puech (*Des ovaires et de leurs anomalies*, p. 121) a dit : « L'extirpation des deux ovaires n'apporte aucune modification notable dans leur état général. Ce sont des femmes qui peuvent être considérées comme étant arrivées brusquement à la ménopause ; les sentiments affectifs restent intacts. Les opérées ne sont plus, il est vrai, sous l'empire d'un besoin érotique impérieux, mais elles n'en sont pas moins bonnes, aimantes à l'égard de leurs parents, leurs amis, leur famille et leur mari. Leurs organes génitaux demeurent excitables. » M. Péan (*Gazette médicale* 1880, n° 15, p. 188) fait remarquer ce qui suit : « Il résulte des renseignements qui paraissent sérieux, pris chez des femmes encore jeunes à qui nous avions enlevé les deux ovaires, qu'elles éprouvent les mêmes désirs et les mêmes sensations après qu'avant l'opération. »

Toutefois, les constatations d'ordre inverse ne font pas défaut. Je me bornerai à citer une observation de Bailly (*Traitement des ovariotomisées, considérations physiologiques sur la castration de la femme.* Paris 1871. Obs. X, p. 101), relative à une femme en proie à des appétits vénériens excessifs, dont il ne restait plus de trace après l'opération. En somme, ici encore nous nous heurtons à l'incertitude entretenue par des faits qui les uns parlent pour et les autres contre une influence exercée par les ovaires sur le sens génital.

Une haute importance pratique revient également à notre cin-

quième question, à celle qui a trait aux rapports des ovaires avec certaines névroses de la femme. Car après les anomalies de la menstruation, ce sont ces névroses qui ont constitué les indications les plus fréquentes de la castration ; donc les opérateurs admettaient sans conteste l'existence de tels rapports. Sur ce point encore la science est beaucoup moins catégorique que ne le sont les opérateurs. Les névroses à faire entrer en ligne de compte ici, sont : l'épilepsie, la chorée, et cette affection protéiforme dont les mille variantes motrices, sensitives et intellectuelles sont comprises sous la dénomination synthétique d'hystérie. Il est tout naturel d'admettre qu'une congestion puissante et périodique, ayant pour siège un des principaux appareils de l'organisme, puisse exaspérer ou faire éclore des affections existantes ou des dispositions morbides localisées dans des organes éloignés, dans le système nerveux par exemple. Dès lors, une coïncidence entre certains accidents nerveux et les phénomènes qui se passent du côté de l'appareil sexuel, la menstruation entre autres, ne saurait être considérée comme la preuve d'une relation directe entre les ovaires et les centres nerveux mais seulement comme la confirmation de cette solidarité et de cette harmonie des organes entre eux, qui n'a plus besoin d'être démontrée. Mais même le simple fait de la coïncidence est sujet à controverse. Lawson Tait (*Menstrual irregularities and their relation to diseases of the nervous system* in *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland* 1873, n° 2, p. 96) affirme que les femmes épileptiques ont souvent des attaques aux époques de leurs règles. Beigel (*Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*. Vol. I, p. 382), a observé 179 femmes épileptiques ; une seule offrait la confirmation de cette coexistence des attaques et des périodes menstruelles. Implicitement on suppose ici que la menstruation est sous la dépendance des ovaires, ce qui, comme nous l'avons dit précédemment, est bien loin d'être démontré : et que, si l'influence de la menstruation sur les névroses était bien établie, cela prouverait en même temps une influence des ovaires sur ces névroses. A ce propos, nous croyons devoir mentionner le fait très intéressant raconté par Beigel (loc. cit., p. 388) et relatif à une femme qui avait eu sept grossesses. Or, chaque conception avait été suivie d'une violente attaque épileptiforme, de telle sorte que, dès la troisième attaque éclatant à la suite d'un coït, la malade voyait là une preuve irrécusable d'une nouvelle conception. Le rôle des ovaires dans le mécanisme complexe de ces attaques est évidemment difficile à débrouiller.

En ce qui concerne la chorée, rien n'autorise la supposition d'une

relation directe entre le développement ou la marche de cette névrose et les phénomènes qui se passent dans la sphère génitale, quoiqu'on ait maintes fois soutenu l'inverse.

Quant à l'hystérie, comme l'indique son nom, elle a été, et cela de tout temps, considérée comme une affection entretenant avec l'appareil génital des relations mystérieuses. M. Charcot, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux* (deuxième édition, Paris, 1875, vol. I, leçons 9 à 13), qui se trouvent aujourd'hui dans toutes les mains, produit des faits qui mettent hors de doute l'existence d'un rapport de cette nature. M. Charcot a constaté que dans toutes les formes graves de l'hystérie, dans l'hystéro-épilepsie, les anesthésies et les contractures hystériques, il existe de l'endolorissement de l'un ou des deux ovaires ; que le degré de la sensibilité ovarienne est en rapport direct avec l'intensité des phénomènes nerveux ; qu'avec une douleur plus grande de l'ovaire d'un côté coïncidait une aggravation des accidents nerveux du côté correspondant ; que la compression légère des ovaires provoque l'explosion des manifestations de la névrose, tandis qu'une compression très forte atténue ou même coupe brusquement les attaques. C'est là un ensemble de faits définitivement acquis à la science, mais qui laissent le champ ouvert à bien des explications Avec la réserve admirable qu'il a toujours montrée et qui le détourne de toute incursion capable de l'entraîner du terrain sûr de l'observation des faits sur le sol vacillant des conjectures, M. Charcot s'est abstenu de faire servir les données de l'observation à des conclusions théoriques. Le lecteur, asservi par l'habitude qui pousse l'esprit humain à rattacher par des liens de la causalité les phénomènes juxtaposés, pourra à son aise conclure des expériences de M. Charcot que la cause de l'hystérie siège dans les ovaires ; l'auteur des *Leçons cliniques* n'en dit mot et il s'abstient de toucher aux rapports anatomo-pathologiques des ovaires et de l'hystérie (1).

Hegar (*Castration der Frauen*, p. 95), n'admet même pas la possibilité de comprimer les ovaires suivant le procédé de M. Charcot. Voici ce qu'il dit textuellement : « M. Charcot prétend comprimer les ovaires

(1) Voici les termes mêmes de M. Charcot (p. 301) : « Je ne suis pas non plus partisan exclusif de la doctrine ancienne, qui place le point de départ de la maladie hystérique tout entière dans les organes génitaux ; mais avec Schützenberger je crois qu'il est péremptoirement démontré que dans une forme spéciale de l'hystérie, — que j'appellerai, si vous voulez, ovarienne ou ovarique — l'ovaire joue un rôle important. »

par une simple pression exercée sur la paroi abdominale. Quoiqu'il donne une description absolument exacte du siège anatomique des ovaires, on doit se demander néanmoins si une compression qui s'exerce sur la paroi abdominale atteint en réalité ces organes. En tout cas, la chose ne se réalise pas toujours, et on n'a aucune certitude à cet égard. On éprouve d'ailleurs de la méfiance lorsqu'on entend M. Charcot affirmer que les ovaires, même quand leur volume ne dépasse pas celui d'une olive, peuvent être sentis très distinctement à la palpation externe, et cela avec une légère habitude; tout en accordant que la chose est possible dans des cas exceptionnels, lorsque les téguments abdominaux sont extrêmement flasques, elle est certainement impraticable dans la plupart des cas. D'ailleurs, à moins de combiner la palpation abdominale avec le toucher, il est difficile de savoir quelle partie on a sous la main. »

Simpson (in *Transactions of the international medical Congress*, London, 1881, vol. IV, p. 298) nie toute relation entre l'hystérie et les ovaires, et subordonne cette maladie à l'organe dont elle tient originairement son nom (hysteron, matrix), à l'utérus. Pour lui, c'est l'antéflexion de l'uterus qui est la cause de tous les accidents nerveux de l'hystérie, et les expériences de M. Charcot, loin d'ébranler le médecin anglais dans la confiance que lui inspire sa théorie, lui apparaissent comme des preuves nouvelles à l'appui. M. Charcot provoque des attaques en exerçant sur les organes une faible compression? Fort bien, répond Simpson. Mais ce ne sont pas les ovaires qu'il comprime à travers les téguments abdominaux, la chose est impossible; c'est la région ovarienne, c'est-à-dire inévitablement le fond de l'utérus. Si cet organe est dans l'antéflexion, celle-ci sera accrue par le fait d'une compression légère, et on provoque ainsi l'explosion d'une attaque. Mais si la compression est intense, objectera-t-on, l'attaque est étouffée? Encore mieux. Une compression puissante a pour effet de réduire momentanément l'anteflexion, la cause de l'hystérie se trouve supprimée, l'attaque s'arrête.

Pour un auteur qui, à l'exemple de Chéreau, « *Etudes cliniques sur l'hystérie*, Paris, 1872 », n'hésite pas à définir l'hystérie comme une affection ayant pour point de départ une congestion des ovaires et qui se traduit par des manifestations somatiques et des manifestations psychiques, on en rencontre plus de dix qui refusent d'admettre un tel rapport. Amann (*Ueber den Einfluss der weiblichen Geschlechts-Krankheiten auf das Nervensystem*, etc., Erlangen, 1868, p. 73), a recherché

chez deux cent quatre-vingt-dix-neuf femmes les rapports possibles entre des affections de l'utérus et l'hystérie ; voici les résultats qu'il a obtenus: Sur 40 femmes affectées de descente de la matrice, 35 étaient hystériques, ce qui fait 87 2 0/0; sur 14 affectées d'un utérus rudimentaire avec aménorrhée, 12 étaient hystériques, soit 85 7 0/0 ; sur 57 affectées de métrite chronique, 48 étaient hystériques, 84 2 0/0. Sur 58 affectées de rétroflexion et de rétroversion de l'uterus, 45 étaient hystériques, soit 77 5 0/0. Sur 16 affectées de corps fibreux ou de polypes fibreux, 11 étaient hystériques, soit 68 7 0/0. Sur 95 affectées d'endométrite ou de vaginite chronique, 58 étaient hystériques, soit 67 7 0/0. Sur 45 affectées d'une antéflexion et d'une antéversion de l'utérus, 25 étaient hystériques. soit 55 5 0/0. Sur 24 femmes avec prolapsus utérin, 3 étaient hystériques, proportion 13 0/0. Des ovaires, il n'en fait pas mention dans ces 299 cas.

Que ferons-nous d'ailleurs des cas, à la vérité fort rares, mais bien authentiques, d'hystérie chez l'homme? Je rappellerai seulement l'anecdote bien connue du Dr Billings, racontée par Ogle (*Clinical lecture on a case of hysteria. British medical journal* 1870, vol. II, p. 57). Il s'agit d'un chirurgien anglais bien connu qui consultait Astley Cooper pour une prétendue affection cardiaque et s'entendit dire par son éminent confrère qu'il était hystérique. Il s'éloigna très en colère contre ce diagnostic. Après sa mort, qui survint peu de temps après, on lut dans son testament qu'il léguait son cœur à Saint-Thomas-Hôpital et son uterus à son excellent ami Astley Cooper !

En somme, les faits connus jusqu'ici n'autorisent pas un jugement catégorique sur les rapports des ovaires et de l'hystérie. Quelques-uns de ces faits parlent en faveur d'une relation existant entre cette affection et les glandes susdites. D'autres, en très grand nombre, plaident en sens contraire et, à moins de faire de l'arbitraire, on ne saurait trancher le litige par une sentence catégorique.

Il nous reste maintenant à résumer ce chapitre. Nous avons cherché à nous éclairer sur la signification embryologique, physiologique, pathologique et pathogénique des ovaires dans l'organisme de la femme, et nous avons constaté l'impuissance de la science à répondre catégoriquement à l'une quelconque des cinq questions posées. Le jour où on entreprit la castration chez la femme dans la supposition théorique d'un rôle déterminé que les ovaires exercent sur certaines fonctions et certaines maladies on ne savait en

réalité, rien de certain au sujet d'un pareil rôle. On ne savait exactement qu'une chose sur les fonctions de l'ovaire, c'est que cet organe est le siège de l'ovulation. Tout le reste était entouré d'obscurité. Mais cette obscurité n'a pas retenu les opérateurs dans leur marche hardie en avant. On extirpait les ovaires pour tarir le flux menstruel, pour faire cesser des *molimens*, et on ignorait si le flux menstruel et les *molimens* étaient sous la dépendance des ovaires ; on pratiqua la castration pour guérir la nymphomanie et on ne savait pas si les ovaires avaient quelque influence sur l'appétit vénérien. On fit l'opération dans l'espoir de guérir des femmes hystéro-épileptiques, et on ne savait pas davantage s'il existe des relations de causalité entre les ovaires et l'hystéro-épilepsie. Nous verrons plus loin, en parlant des résultats obtenus, jusqu'à quel point l'opération de Battey et d'Hegar a contribué à dissiper notre incertitude touchant le rôle des ovaires dans l'organisme de la femme, et jusqu'à quel point les résultats de centaines de castrations jettent de la lumière sur les questions discutées dans ce chapitre.

CONDITIONS DE L'OPÉRATION

Les chirurgiens américains se décident pour la castration de la femme dans tous les cas qui leur apparaissent comme une indication de l'opération. Les chirurgiens allemands n'y ont recours que lorsque, à côté de l'indication, ils trouvent réalisées certaines conditions préalables que Hegar mentionne dans les termes suivants : La femme ne doit pas être d'un âge trop rapproché de l'époque de la ménopause spontanée ; car alors l'opération, qui a en vue de réaliser la ménopause par des moyens artificiels, ne serait plus justifiée. Les ovaires doivent être accessibles à la palpation, afin qu'avant l'opération on connaisse d'une façon précise leur siège, et qu'on ne soit point exposé à aller à leur recherche dans le cours de l'opération, et de courir ainsi le danger de ne les découvrir qu'au prix de grandes difficultés et d'une perte de temps préjudiciable ou méme de ne les pas trouver du tout. D'ailleurs, le chirurgien est exposé à des méprises dans le cours de cette recherche. Il peut prendre pour les ovaires des fibromes mobiles développés entre les feuillets des ligaments larges, ou encore des exsudats déposés entre ces mêmes feuillets. Toutefois, il arrivera très rarement que de telles productions pathologiques affectent une disposition symétrique; d'autre part, leur consistance n'est pas celle des ovaires ; les fibromes sont plus durs, et les exsudats le sont moins, que ces organes. La palpation des ovaires doit renseigner le chirurgien non seulement sur leur siège, mais sur la possibilité de les extirper en totalité. Il ne faut pas qu'ils soient encastrés dans des exsudats, ni qu'ils aient contracté des adhérences trop solides avec les organes de voisinage. Des adhérences minimes ne constituent pas une contre-indication. Enfin, il ne doit point non plus y avoir d'inflammation aiguë des ovaires ou des parties qui les entourent. C'est seulement lorsque ces conditions préalables se trouvent réalisées que Hegar conseille de procéder à l'opération.

INDICATIONS DE LA CASTRATION

Les Américains ont posé des indications très vagues au sujet de la castration ; Battey, dans ses écrits et dans sa communication au Congrès de Londres, les a formulées dans les termes suivants : « L'opération doit être pratiquée dans tous les cas où le médecin peut, en bonne conscience, faire une réponse affirmative aux trois questions suivantes :

1° Le cas est-il grave ?

2° Est-il incurable par les autres ressources de l'art, en mettant de côté la ménopause ?

3° La guérison peut-elle être amenée par la ménopause ? »

On remarquera que cette manière de formuler les indications de la castration s'appuie sur cette hypothèse, tacitement supposée, d'après laquelle la castration entraîne d'une façon sûre la ménopause artificielle.

Les Allemands ne se sont pas contentés de ces indications générales; ils y ont adjoint une série d'indications spéciales que Hegar énonce à peu près ainsi : « L'extirpation des ovaires est indiquée dans les cas d'anomalies ou d'affections qui impliquent un danger immédiat pour la vie des malades, ou qui peuvent entraîner la mort à bref délai, ou qui engendrent un état de souffrance à marche lente, progressive, aggravée par des douleurs qui rendent l'existence insupportable, toute occupation impossible, et qui défient toute intervention thérapeutique, alors que la suppression des ovaires peut en amener la guérison. » — Cette indication est également au-dessus de toute critique, s'il est vrai que « la suppression des ovaires » peut réellement « amener la guérison » des maux signalés par l'auteur.

Hegar développe cette indication générale en posant les indications spéciales qui suivent :

1° Les hernies des ovaires, avec symptômes d'étranglement et d'inflammation, lorsque les moyens antiphlogistiques habituels et les

tentatives de réduction ont été employés sans succès, et, d'autre part lorsque la palpation des ovaires herniés, d'une exécution facile et susceptible d'une grande précision, dénote un commencement de dégénérescence kystique. — Disons, dès maintenant, que les chirurgiens anglais et allemands entendent toujours, par castration, l'extirpation double des ovaires, l'ablation de tout le parenchyme ovarien pouvant seule assurer les bénéfices qu'on attend de cette opération. Au contraire, les Américains, moins logiques, se contentent dans beaucoup de cas de l'extirpation d'un seul ovaire. Le fait d'une hernie de l'ovaire est l'unique circonstance qui justifie, aux yeux de Hegar, la castration unilatérale, bien entendu lorsqu'un seul ovaire est hernié et donne lieu aux manifestations mentionnées plus haut;

2° Intumescence des ovaires, avec phénomènes d'irritation et douleur excessive à la pression, — que les ovaires occupent leur siège normal ou qu'ils soient disloqués et déplacés dans le creux de Douglas; oophorite et périoophorite. Les phénomènes d'irritation visés par Hegar, dans ces lignes, sont les douleurs violentes, la dysménorrhée, l'irrégularité de la menstruation avec intervalles très longs, l'aménorrhée avec règles supplémentaires, les règles peu abondantes, plus rarement les menstruations profuses, les ménorrhagies, les états congestifs des parties avoisinantes, avec ou sans hémorrhagie, la production d'un hématocèle, les inflammations de voisinage à récidives fréquentes liées à la persistance de l'irritation, la périoophorite, la salpingite, la pelvipéritonite, la métrite, les manifestations inflammatoires intéressant des régions plus étendues de la séreuse abdominale; enfin, les névroses, en particulier la cardialgie compliquée de vomissements, l'anoréxie absolue, les paralysies unilatérales ou doubles des membres inférieurs, la chorée, l'hystéro-épilepsie, les troubles mentaux. On est frappé de voir figurer dans cette énumération, à côté d'affections d'une gravité indéniable, d'autres, — tels que la métrite, la dysménorrhée, les menstruations irrégulières, trop peu ou trop abondantes—sans nul rapport avec l'indication générale. Celle-ci ne réclame l'opération que pour les accidents ou les maladies graves, menaçant la vie ou la rendant insupportable et qui résistent aux autres ressources de l'art. Il n'est personne pour soutenir que la métrite ou les troubles de la menstruation mettent toujours, voire souvent, la vie en péril; on ne peut soutenir avec plus de succès qu'elles rendent l'existence insupportable ou que, seule, la castration peut en

amener la guérison. De même, il y a lieu de faire remarquer que, sous le nom de manifestations irritatives partant des ovaires, Hegar mentionne des accidents, — l'hémiplégie, les paralysies, la chorée, l'hystéro-épilepsie, l'épilepsie, les affections mentales — dont les relations pathogéniques avec les ovaires sont encore à démontrer;

3° Des états de l'utérus qui s'opposent à l'établissement du flux menstruel ou qui y apportent des entraves sérieuses, alors que les ovaires existent et sont doués de leur activité fonctionnelle. Dans cette catégorie rentrent l'absence congénitale de l'utérus et du vagin, la dégénérescence fibreuse (cirrhose) de l'utérus, l'atrésie congénitale de l'utérus, aussi bien que l'atrésie traumatique et celle qui est consécutive aux couches, quand on ne peut y remédier par une opération. Cette indication a souvent présidé à la castration; elle suppose naturellement, comme condition préalable, que l'extirpation des ovaires supprimera la menstruation;

4° Les inflammations chroniques des trompes, du revêtement péritonéal du bassin, des tissus qui entourent l'utérus, lesquelles, sans avoir eu forcément leur point de départ dans l'ovaire, sont exaspérées ou réveillées par l'ovulation;

5° Les affections de l'utérus, en particulier les fibro-myomes, les infarctus chroniques, surtout ceux qui entraînent des hémorrhagies rebelles, la rétroflexion et l'antéflexion, et, d'une façon générale, les affections qui aboutissent aux conséquences mentionnées dans l'indication générale, sitôt que les moyens ordinaires de traitement se montrent inefficaces.

Hegar et ses imitateurs ont été amenés à formuler cette indication en considération de ce que les affections susdites, après avoir résisté pendant dix ans et plus à toutes sortes de moyens, ont fini par céder ou s'amender après l'établissement de la ménopause. Hegar ajoute en termes explicites que la castration double est indiquée dans ces cas, même lorsque la vie des malades n'est pas sous le coup d'un péril immédiat. Dans le chapitre consacré aux faits cliniques, nous verrons que cette cinquième classe d'indications est celle qui est le plus souvent intervenue dans la pratique de la castration. Il n'est presque pas d'affections de l'utérus, en exceptant peut-être le carcinome et la leucorrhée, qui n'aient servi l'une ou l'autre fois de cause déterminante à la castration. On n'exagère pas en disant que cette opération est devenue, entre les mains des Allemands, des Américains

et des Anglais, un moyen de traitement des affections utérines presque aussi banal que le sont, dans d'autres pays, les injections, les badigeonnages du col, les bains.

6° Comme sixième indication spéciale, formulée par Battey, il y a « les souffrances psychiques et physiques prolongées, dépendant de troubles nerveux et vaso-moteurs, et qui ont résisté à tous les moyens de traitement ». Battey ne consacre pas un seul mot à nous expliquer comment il se représente l'influence salutaire de l'ablation des ovaires sur les désordres psychiques et sur les troubles vaso-moteurs en général, et il nous demande évidemment de croire que ces affections représentent une sorte de Moloch, qui exige le sacrifice de quelque organe innocent pour laisser en repos le reste de l'organisme !

Voilà les indications telles qu'elles ont été formulées par les promoteurs de la castration de la femme. Comme nous venons de le voir, elles suppriment en détail les principes énoncés dans l'indication générale et contre lesquels il serait difficile d'élever une objection. Or, ceux qui ont marché sur les traces de ces maîtres ont imaginé de nombreuses indications nouvelles qui leur sont particulières ; ils ne les ont pas, à vrai dire, érigé en principes de conduite, mais ils les ont mis en pratique en castrant des femmes dans des cas qui ne rentraient pas dans les indications formulées par Hegar et Battey ; ainsi dans les cas de nymphomanie, ou contre l'imminence (!) de la manie. Dans de telles conditions, les indications admises en théorie n'ont qu'une valeur très relative. Pour juger l'opération à sa juste valeur, il ne faut pas s'en tenir aux seuls cas dans lesquels elle est conseillée par les maîtres. il faut faire entrer en ligne de compte tous les cas pour lesquels elle a été tentée.

MANUEL OPÉRATOIRE

Comme notre travail ne vise pas d'une façon spéciale la technique de la castration, mais avant tout sa valeur comme moyen thérapeutique, ce chapitre sera forcément concis. Les chirurgiens qui attacheraient un intérêt particulier aux détails opératoires trouveront de plus amples renseignements dans les travaux déjà cités de Battey, d'Hegar et dans l'ouvrage d'Hegar et Kaltenbach.

Les préparatifs sont les mêmes pour la castration que pour l'ovariotomie; il en est encore ainsi pour les précautions antiseptiques à mettre en œuvre dans le cours de l'opération. L'époque la plus propice pour opérer correspond au huitième jour environ qui suit les règles. Cependant on peut pratiquer la castration à un moment quelconque de l'intervalle qui sépare deux époques menstruelles consécutives.

La position à donner à la femme dépend du procédé qu'on choisit ; or, pour la castration double, nous nous trouvons en présence de deux méthodes opératoires: Battey et ses imitateurs américains adoptent comme champ opératoire le vagin. Hegar et les Allemands attaquent par la paroi abdominale. Quant aux Anglais, ils ont tenu jusqu'ici une conduite éclectique et, suivant la nature des cas, ils donnent la préférence à l'une ou l'autre méthode. Cet éclectisme paraît devoir recruter des imitateurs parmi les chirurgiens allemands et américains, car déjà ces derniers ont adopté pour le plus grand nombre des cas le procédé de l'incision abdominale, tandis que Hegar et ses élèves concèdent que la méthode vaginale est préférable dans les cas où les ovaires sont descendus dans le creux de Douglas, lorsqu'ils se trouvent accolés à la face postérieure d'un fibrome volumineux de l'utérus, et dans lesquels, en attaquant par le vagin, on tombe directement sur les ovaires.

Quand on se décide pour la méthode vaginale, on commence par placer la femme dans la position dite de Sims (décubitus latéral), puis avec un large spéculum à bec de canard de Sims, on attire fortement

le périné en arrière, en même temps qu'à l'aide d'une pince américaine on amène l'utérus en bas. De la sorte, on tend la paroi postérieure du vagin et on arrive à l'inciser sans difficulté. Une fois que la cavité péritonéale est entamée, on place la femme dans le décubitus dorsal, pour mener l'opération à sa fin.

Quand, au contraire, on se décide pour l'incision abdominale, dès l'abord on couche la femme sur le dos avec les jambes et les cuisses fortement fléchies, et on la maintient dans cette attitude jusqu'à la fin de l'opération.

En fait de support, on donnera la préférence à la table articulée de Péan, dont les rallonges mobiles et la table à crémaillière permettent de modifier à volonté l'attitude des jambes et de la partie supérieure du tronc. L'assistance comprendra un premier aide pour administrer le chloroforme, qui se tiendra près de la tête de la patiente; un second aide se trouvera sur les côtés, pour prêter directement appui à l'opérateur ; un troisième comprimera le ventre et veillera à ce que ni les intestins ni des portions de l'épiploon ne fassent hernie hors la cavité abdominale; un quatrième aura pour attributions de faire passer les instruments, les éponges, etc., à l'opérateur.

L'instrumentation comprend, d'après Hegar, un bistouri ordinaire, un bistouri boutonné, des ciseaux coudés, des ciseaux courbes, des ciseaux droits, une sonde cannelée, plusieurs pinces ordinaires et hémostatiques, une pince ovarienne, des aiguilles de Déchamp, des aiguilles à suture, de la soie, une sonde, des éponges de différentes tailles, des porte-éponges munis de petites éponges, des bandages de corps, et du *protective silk.*

Les auteurs divisent l'opération en trois temps, savoir : l'incision de la cavité abdominale, — la recherche et l'extirpation des ovaires, — la toilette de la cavité abdominale, l'occlusion de la plaie et le pansement.

On a proposé différents lieux d'élection, pour pratiquer l'incision de la paroi abdominale : en premier lieu, la ligne blanche ; puis la région iliaque, au-dessus de la partie latérale du ligament de Poupart, ou toute autre région où l'on peut sentir les ovaires au toucher. La ligne blanche offre cet avantage de ne nécessiter qu'une incision unique, qui peut être prolongée à loisir, qui n'expose pas à des hémorrhagies et qui suit une direction parallèle à celle des fibres musculaires de la paroi abdominale. Toutefois, quand l'appareil

ligamenteux qui fixe l'ovaire est très tendu, lorsque le ligament large montre partout une grande rigidité, lorsque les ovaires sont descendus très bas dans le petit bassin, dans le creux de Douglas, lorsqu'ils ont contracté des adhérences, il est difficile d'attirer ces organes jusqu'à la ligne blanche. Les difficultés seront plus grandes encore en cas de fibromes très volumineux de l'utérus. Alors elles peuvent devenir insurmontables et l'opération impossible à mener à bonne fin. C'est pourquoi, à l'exemple des châtreurs, Hegar a renoncé à la ligne blanche, pour inciser dans la région des flancs, manière de procéder qui permet d'atteindre les ovaires par le chemin le plus direct et le plus court. Mais cet avantage est contrebalancé par de graves inconvénients. Il faut, en effet, faire une incision différente de chaque côté, incision qui divise transversalement les fibres musculaires ; celles-ci se rétractent fortement et la guérison ne se fait qu'à la faveur d'une cicatrice très mince. En outre, on opère dans le voisinage de l'artère épigastrique, ce qui nécessite les plus grandes précautions au moment d'inciser.

Laissons de côté les procédés de l'incision au niveau des flancs, de l'incision en différents points de l'abdomen, de l'incision vaginale, l'opérateur étant obligé d'adapter le plan opératoire à chaque cas particulier, et arrêtons-nous exclusivement au procédé de l'incision médiane, qui constitue en somme le procédé normal. On donnera à l'incision de 6 à 8 centimètres de longueur en la faisant partir d'un point situé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la symphise. La peau et le tissu cellulaire sous-jacents seront divisés rapidement ; des ligatures seront appliquées sur les vaisseaux qui livreront issue à des jets de sang. On incisera couche par couche, jusqu'à ce qu'on arrive sur le péritoine. Quand le tissu adipeux vient faire hernie de chaque côté de l'incision, Hegar conseille de l'exciser. On divise ensuite la séreuse sur la sonde cannelée, et on agrandit l'ouverture à l'aide du bistouri boutonné ou des ciseaux courbés, en se guidant avec l'index introduit dans la plaie. Naturellement, les plus grandes précautions sont nécessaires pour éviter de blesser l'épiploon et les circonvolutions intestinales qui se pressent vers l'ouverture. Une fois la cavité abdominale ouverte, on maintient l'intestin à distance, en introduisant par la plaie une ou deux éponges. Puis on fixe les lèvres de l'incision péritonéale aux lèvres de la plaie tégumentaire à l'aide de quelques points de suture, qu'on enlèvera plus tard, au moment de fermer la plaie abdominale. Quand on se heurte à des adhérences solides des ovai-

res, qui peuvent nécessiter l'introduction de toute la main dans la cavité abdominale, on prolongera au besoin l'incision jusqu'à la symphise ; mais on a soin de mettre la vessie à l'abri de toute atteinte par l'introduction préalable d'une sonde. Hegar s'est vu souvent dans le cas de prolonger l'incision jusqu'au-dessus de l'ombilic et même de pratiquer des incisions transversales dans les muscles droits, lorsque, chez des nullipares, la paroi abdominale était très ferme et les ovaires d'un accès difficile.

Voilà la cavité abdominale ouverte, ce qui constitue le premier temps de l'opération. Nous passons maintenant au second temps qui consiste dans l'ablation des ovaires et dans la formation du pédicule. Dans les cas tout à fait normaux, on introduit dans la cavité abdominale deux doigts avec lesquels on cotoie l'utérus, pour aller à la recherche des ovaires. Ces organes une fois atteints, on les fixe entre les deux doigts recourbés et on les attire au dehors. Si cette tentative aboutit, on attire également hors de la cavité abdominale un morceau de la trompe. L'ovaire se trouve maintenant hors de la plaie dont les lèvres sont maintenues en contact par un aide, afin d'empêcher la sortie du paquet intestinal. Pour l'ablation de l'ovaire, les Américains se servent de l'écraseur de Battey. Les chirurgiens allemands procèdent autrement ; ils appliquent une ligature en masse, avec un fil de soie, et, par-dessus, une ligature double avec du fil qu'on passe à travers le pédicule à l'aide d'une aiguille de Déchamp. Puis on fait la section avec le cautère de Paquelin, non parce que ce procédé met à l'abri des hémorrhagies secondaires, mais parce qu'il réalise la désinfection immédiate du pédicule. Pour constituer le pédicule, le mesentère ovarique ne suffira pas habituellement, et il faudra comprendre dans la ligature un morceau de la trompe et du ligament large. On obtiendra ainsi un pédicule assez long pour pouvoir appliquer les deux ligatures dont il a été question. Naturellement il faut veiller à ce que la ligature n'enserre pas un fragment ou un appendice de l'épiploon, ou une fausse membrane, une adhérence. On abandonne ensuite le pédicule dans la cavité abdominale. Quelques opérateurs, il est vrai, l'ont fixé dans la plaie abdominale, dans le but d'obtenir la guérison définitive d'une rétroversion ou d'une rétroflexion de l'utérus. Cette tentative a réussi dans bien des cas ; d'autres fois, le déplacement de l'utérus n'a pas tardé à se reproduire, sans doute par suite de la distention des tissus qui constituaient le pédicule.

Il va sans dire qu'on procédera de la même façon pour l'extirpa-

tion de l'autre ovaire. Pour diminuer la distance qui sépare les ovaires de l'incision abdominale et faciliter la recherche de ces organes, Albert a proposé d'introduire dans le rectum ou le vagin un colpo-rhynter afin de pouvoir refouler l'utérus en haut et en avant.

Une autre modification plus importante a été introduite dans le manuel opératoire par Simpson. Ce chirurgien a proposé de tordre le pédicule une fois que les ovaires ont été attirés hors de la cavité abdominale, de l'enserrer ensuite dans une ligature, sans enlever ces organes, et de réintégrer le tout dans l'abdomen. Les ovaires, privés de leur vitalité, s'astrophient rapidement, sans qu'on ait eu besoin de laisser en contact avec la séreuse abdominale un pédicule terminé par une plaie à nu. Toutefois, si on en juge par les statistiques parues jusqu'à ce jour, cette manière de procéder n'a été employé qu'un petit nombre de fois.

Dans ce second temps de l'opération, les difficultés et les surprises sont fréquentes et multiples. La recherche de l'ovaire peut être considérablement entravée par la situation profonde ou anormale de ces organes, ou par la procidence des circonvolutions intestinales. Il faut qu'avec une main introduite dans le vagin l'opérateur refoule l'utérus et ses annexes en avant et aille en quelque sorte au devant de l'autre main enfoncée dans la cavité abdominale. Il faut, dans cette recherche, éviter de prendre pour un ovaire un petit fibrome pédiculé ou un appendice de l'épiploon ou une agglomération de matière fécale dans un diverticulum de l'intestin. On arrive à bout des résistances opposées par la rigidité naturelle et le peu de longueur de l'appareil ligamenteux des ovaires aux tractions qu'on est obligé d'exercer sur ces organes, en procédant avec lenteur et avec méthode. Ces résistances sont souvent accrues dans une proportion considérable par les adhérences pathologiques; à la suite d'un travail inflammatoire antérieur, les ovaires peuvent avoir été fixés à l'utérus, aux trompes, aux ligaments larges, aux intestins, à l'épiploon, au mésentère, et cela par des adhérences filiformes, ou par de véritables membranes, ou par la soudure complète des surfaces en contact. Ces adhérences peuvent être lâches, ou au contraire inextensibles, riches en vaisseaux. Dans l'épaisseur de ces néoplasies pathologiques qui constituent les adhérences, ou dans leur voisinage, on rencontre souvent des veines variqueuses dont la section peut entraîner des hémorrhagies graves. Quand l'opérateur se trouve aux prises avec ce genre de difficultés, il aura à appliquer les principes généraux de la

chirurgie et à les adapter au cas particulier. Quand on ne réussit pas facilement à déchirer les adhérences avec le doigt, il faut les séparer à l'aide de la sonde ou du manche du bistouri, ou, si cela est impossible, les sectionner. Si des hémorrhagies sont à craindre, on appliquera des ligatures en masse, qui n'engloberont pas seulement l'ovaire, mais toutes les parties environnantes, ligaments et adhérences. Quand on ne parvient pas à attirer les ovaires au dehors, il faut opérer dans la cavité abdominale. Alors aussi, il faut préalablement déblayer le champ opératoire, en augmentant les dimensions de la plaie abdominale et en refoulant les circonvolutions de l'intestin, de façon à pouvoir contrôler des yeux les mains en train d'opérer. Dans un cas où l'ovaire était encastré et fixé dans des produits d'exsudation, Battey énucléa l'organe, fragment par fragment, en se servant des ongles, sans voir d'ailleurs ce qu'il faisait, ce qu'il laissait en place du tissu des ovaires, en quel état se trouvaient les organes avoisinants, conduite évidemment répréhensible. Même quand on ne s'en rapporte pas exclusivement aux sensations du toucher, mais qu'on contrôle des yeux ce que l'on fait, on se trouve encore aux prises avec des difficultés considérables.

Ainsi, les ligatures en masse, appliquées sur un paquet volumineux de tissus, constitue une manœuvre plus délicate qu'on ne pourrait le croire ; car lorsque l'aiguille dont on se sert n'est pas extrêmement mince, les petites plaies causées par le trajet de l'aiguille donnent lieu à des hémorrhagies rebelles que la seule compression prolongée réussit à tarir. Hegar dit textuellement : « Dans un cas où il existait de fortes varices dans l'ovaire et à son pourtour, nous n'arrivâmes point à arrêter l'hémorrhagie causée par le passage de l'aiguille, ce qui nous mit dans la nécessité d'amputer l'utérus au-dessus de la portion vaginale. On devrait s'imposer comme une règle d'arrêter toutes les dispositions, pour au besoin pratiquer cette dernière opération dans les cas de castration entreprise pour un fibrome de l'utérus. »

Précisément dans les cas de fibromes de l'utérus, qui ont fréquemment servi d'indication à la castration, les difficultés sont extraordinaires. Quand on n'a pas pris la précaution de reconnaître préalablement la situation des ovaires par l'exploration du petit bassin, il peut arriver qu'au moment d'opérer on ne découvre pas ces organes. Ils sont d'ailleurs toujours d'un accès difficile, et maint opérateur s'est trouvé dans le cas d'attirer toute la masse de l'utérus hors l'incision abdo-

minale, pour arriver sur les ovaires par la face postérieure de la matrice. Il est superflu d'insister sur les conséquences que peut avoir un tel traitement infligé à l'utérus !

Mais alors même que les ovaires sont accessibles et qu'on les a sous la main, on les trouvera presque toujours fixés par des adhérences multiples et entourés de vaisseaux volumineux ; on a donc à craindre des hémorrhagies profuses ; souvent aussi, on éprouve une certaine difficulté à constituer le pédicule, parce que le ligament large a été entamé, désorganisé, raccourci par la tumeur. Et lorsque une fois le pédicule est constitué, on a encore à craindre de voir les ligatures glisser et une hémorrhagie fatale se produire.

Les ovaires ont été extirpés ; on a pourvu à l'hémostase, et nous arrivons ainsi au *troisième et dernier temps de l'opération*, qui comprend la toilette de la cavité abdominale, l'occlusion de la plaie tégumentaire et les soins consécutifs. Cette partie de l'opération ne diffère pas sensiblement du dernier temps de l'ovariotomie ; on s'assure, par l'introduction d'éponges, qu'il ne reste dans la cavité péritonéale ni sang ni autre liquide, et on ferme la plaie par des points de suture. D'une façon générale, Hegar recommande de ne pas recourir au drainage qu'il n'emploie qu'en présence de complications inflammatoires récentes et intenses, et lorsqu'il y a à craindre une transsudation abondante dans la cavité abdominale. La plaie abdominale a d'ordinaire subi des insultes plus graves que dans les cas d'ovariotomie, parce qu'il n'arrive pas, comme dans ce dernier cas, que la peau du ventre ait été préalablement distendue et amincie, et cela, pendant un long espace de temps, par une tumeur volumineuse ; la paroi abdominale est, au contraire, épaisse, rigide, infiltrée de graisse, l'incision plus petite, ses bords contusionnés par la main introduite dans la cavité abdominale et par le paquet intestinal qui vient faire hernie, etc. Une fois la plaie solidement fermée, on applique pardessus de la ouate dégraissée, puis une couche de tissu imperméable, le tout recouvert du pansement ouaté ordinaire, tel qu'il est en usage dans les cas d'ovariotomie.

Parmi les complications secondaires à redouter, il faut mentionner d'abord les hémorrhagies par l'utérus ; habituellement elles ne sont pas assez profuses pour réclamer l'emploi de moyens plus énergiques que les injections d'eau chaude dans le vagin, le relèvement du bassin combiné avec l'abaissement de la partie supérieure du corps. L'obstruction intestinale, qu'on a observée dans l'un ou l'autre cas,

est une complication beaucoup plus sérieuse; la cause en était dans des adhérences du pédicule avec les anses intestinales, ou dans un étranglement de l'intestin par des brides pseudo-membraneuses qui traversaient le petit bassin. Pour remédier à cette complication, on aura recours à la douche ascendante, et si ce moyen n'aboutit pas, on se décidera à rouvrir la plaie abdominale, pour remédier directement à l'obstacle qui gêne la progression des matières fécales. Il est vrai que cette dernière tentative n'a pas, jusqu'ici, donné des résultats très brillants. Contre la péritonite circonscrite, on emploiera l'opium, les antiphlogistiques locaux. Quand éclate une péritonite septique, cause ordinaire de la mort, Hegar conseille de rouvrir la cavité abdominale si on n'a pas fait le drainage, et de pratiquer des lavages antiseptiques en laissant un drain à demeure. Mais il ne fonde pas de grandes espérances sur l'emploi de ces moyens. Pour ce qui est du renouvellement du pansement, de l'enlèvement des sutures, de la position à donner aux malades durant les premiers jours qui suivent l'opération, du régime, etc., nous renvoyons aux ouvrages classiques qui traitent de l'ovariotomie et des soins consécutifs réclamés par cette opération.

STATISTIQUE DES FAITS ET DES RÉSULTATS OBTENUS

La castration de la femme, pour n'être pas une opération banale, est entrée dans la pratique courante, et il s'en faut que tous les chirurgiens qui l'ont entreprise aient publié leurs résultats. Dans les premiers temps, on se considérait comme tenu de soumettre au public compétent des observations détaillées, complétées par le diagnostic, par les détails de l'opération, le mode de terminaison. Plus tard, on s'est borné à des relations sommaires qui ne nous renseignent que par quelques mots laconiques sur l'issue heureuse ou défavorable de l'opération. Je mentionnerai dans les lignes qui vont suivre tous les cas qu'il m'a été possible de colliger, en y adjoignant les indications qui ont servi de point de départ à l'opération et ses résultats. Je ferai remarquer, en passant, que le premier volume de la seconde édition de l'ouvrage de Hegar et Kaltenbach, paru dans les premiers mois de 1881, contient une statistique qui comprend 126 cas, tandis que Battey, dans la communication qu'il a faite au Congrès international de Londres au mois d'août 1881, a produit une statistique qui englobait déjà 193 cas. J'ai pu moi-même ajouter à la liste de ces faits 25 nouveaux cas de castration chez la femme. A l'exemple de Battey, je les classerai dans l'ordre alphabétique des chirurgiens qui ont pratiqué l'opération :

1. ALBERTS. Diagnostic: ménorrhagie. Résultat : mort.
2. BATTEY. Diagnostic : aménorrhée. Résultat : guérison.
3. BATTEY. Diagnostic : ovarialgie et troubles mentaux (*mental disorder*). Résultat : état supportable (*comfortable health*).
4. BATTEY. Ovarialgie et troubles mentaux. Résultat : mort.
5. BATTEY. Ovarialgie ; guérison complète.
6. BATTEY. Ovarialgie ; mort.
7. BATTEY. Occlusion du vagin et de l'utérus, molimen très violent; guérison complète.

8. Battey. Hystero-épilepsie. Résultat : épilepsie guérie. Etat général très amélioré (*much improved*).

9. Battey. Hystéro épilepsie ; guérison.

10. Battey. Manie menstruelle (*menstro-mania*) depuis neuf ans; légère amélioration.

11. Battey. *Menstro-mania.* Résultat : mort.

12. Bardwell et Rumer : Dysménorrhée, folie imminente (!). Guérison.

13. Bœrner. Perioophorite. Guérison.

14. Braun. Hystéro-épilepsie. Guérison.

15. Czerny. Hystérie. Mort.

16. Czerny. Hystéro-épilepsie. Pas de guérison.

17. Czerny. Rétroflexion de l'utérus et hystérie ; pas de renseignements sur le résultat curatif; la malade a survécu à l'opération.

18. De Witt. Ovarialgie. Guérison.

19. Engelmann. *Hystéro-névrose.* Mort.

20. Engelmann. Ovarialgie et hystéro-épilepsie. Mort.

21. Engelmann. Ovarialgie et dysménorrhée. Mort.

22. Fehling. Névralgie de l'ovaire gauche ; la douleur cède après l'opération, pour reparaître au bout de deux mois, avec son intensité première.

23. Fehling. Petit fibrome de l'utérus; la tumeur diminue faiblement de volume après l'opération.

24. Franzolina. Hystérie, convulsions, manie. Résultat : bonnes espérances (*promising well*).

25-28. Freund. Trois cas de myome de l'utérus. Dans un cas: mort.— Dans deux cas il est dit que la menstruation fut supprimée ; pas de renseignement sur le sort de la tumeur. — Dans un cas, hystéro-épilepsie. Aucune mention d'une amélioration de la névrose; suppression de la menstruation.

29. Frew. Dysménorrhée, convulsions, manie ; guérison.

30. GILMORE. Hystéro-épilepsie ; amélioration notable.

31-39. GOODELL. Myome de l'utérus avec hémorrhagie ; mort. (*Neuf cas.*)

Ovarialgie ; mort.

« Menstruation pernicieuse » (menstruation profuse) ; mort.

Myome de l'utérus et ovarialgie ; guérison.

Menstruation pernicieuse (voir plus haut) ; guérison.

Menstruation pernicieuse, manie ; guérison.

Menstruation pernicieuse, manie; guérison apparente. (Virtually cured.)

Déplacement des ovaires, hystérie ; amélioration considérable. (Immensely improved).

Menstruation pernicieuse ; après l'opération les règles redeviennent régulières.

40-89. HEGAR. Dans sept cas, terminaison fatale.

(*Cinquante cas.*)

Dans les quarante-trois autres cas, quinze fois les malades eurent à lutter avec des affections graves, à la suite de l'opération, à savoir : six fois avec des abcès intra-péritonéaux, quatre fois avec des péritonites circonscrites, une fois avec un abcès périvaginal, deux fois avec des thromboses de la jambe gauche, deux fois avec un catarrhe vésical.

Quant à l'*influence* que l'opération exerça *sur la fonction menstruelle*, elle s'est traduite par les résultats suivants : sept fois l'opération entraîna la mort ; chez deux autres malades il fut impossible d'obtenir des renseignements. Dans trente et un cas, la ménopause suivit de près la castration. Chez une autre des opérées, le flux ne reparut pas pendant quatre mois, pour reparaître ensuite peu abondant et à intervalles irréguliers. Une autre fois on constata des pertes de sang « peu abondantes et irrégulières ». Dans un autre cas la menstruation se maintint d'abord régulière ; plus tard elle ne reparut plus qu'à de longs intervalles. Enfin dans un cas de fibrome, les règles ne se montrèrent pas pendant les cinq mois qui suivirent l'opération, pour revenir ensuite ; quand au fibrome, il continua à se déve-

lopper, en subissant la dégénérescence lymphangiectasique.

L'opération, dans les cinquante cas de Hegar, fut dictée par les circonstances pathologiques suivantes. Par de petites tumeurs de l'un ou des deux ovaires, treize fois; ces tumeurs étaient des kystes folliculeux ou des kystomes dermoïdes, glandulaires, ou des kystes du parovaire, ou des kystes tubo-ovariens. Résultats : deux cas de mort ; dix cas avec guérison complète ou presque complète ; « une fois douleurs violentes dans les lombes ou dans le ventre, sous la dépendance manifeste d'états congestifs » et qui ne cédèrent qu'au bout d'un an. — Trois fois par une dégénérescence kystique folliculeuse des ovaires avec dégénérescence du stroma; résultats : dans deux cas guérison; dans le troisieme cas les douleurs ovariques se sont dissipées, les symptômes nerveux ont persisté.— Pour des fibromes de l'utérus, treize fois ; résultats : trois cas de mort; guérison complète avec diminution de la tumeur et ménopause dans sept cas; une fois guérison complète avec retour régulier du flux menstruel pendant neuf mois; une autre fois guérison complète, à la suite de l'énucléation de la tumeur, pratiquée trois mois après la castration ; une fois amélioration passagère avec diminution de la tumeur et ménopause; mais la tumeur recommença bientôt à augmenter de volume et la malade succomba neuf mois après l'opération.— Onze fois, pour des hypertrophies, des anté ou rétroversions, des flexions de l'utérus ; résultat : deux cas de mort ; résultat excellent dans six cas ; deux fois des accidents locaux ont été dissipés, les accidents nerveux persistant ; dans un cas, pas d'amélioration, les douleurs abdominales persistaient.—Péri et paramétrite, périoophorite et salpingite dix fois ; résultats : excellents dans quatre cas ; dans un autre, amélioration très manifeste coïncidant avec l'établissement de la ménopause, douleurs intermittentes ; une fois douleurs dans le côté gauche avec hémorrhagies irrégulières, après quatre mois d'un état satisfaisant et sans retour des hémorrhagies ; une fois douleurs abdominales causées par une tuberculisation du péritoine;

une fois pas de résultat; persistance de la menstruation; deux fois, résultat inconnu.

90. Kaltenbach. Fibrome de l'utérus; mort.

91. Kleinwaechter. Utérus bifide, sans cavité; absence congénitale complète du vagin; activité fonctionnelle des ovaires intacte ; à la première époque menstruelle qui suivit l'opération, pas de signes de menstruation. L'observation n'a pas été continuée.

92. Langenbeck. Absence congénitale de l'utérus; épilepsie; guérison. Toutefois le flux menstruel continuait à reparaître régulièrement à la surface interne de la vessie.

93. Lusk. Dysménorrhée ; mort.

94. Mac Cormak. Ovarialgie. Amélioration considérable (*great improvement*).

95-97. Mac Guin. Opérés tous les trois en vue de la dysménorrhée.
(*Trois cas.*) Dans un de ces cas, amélioration considérable ; dans un autre, guérison complète; dans le troisième, amélioration.

98-100. Malins. Deux fois ovarialgie, une fois dysménorrhée avec
(*Trois cas.*) fibrome de l'utérus ; guérison dans les trois cas.

101. Mann. Fibrome ; mort.

102-106. Martin. Deux fois, fibrome ; résultats: une fois soulage-
(*Cinq cas.*) ment, une fois amélioration.
Deux fois ovarialgie ; guérison.
Une fois utérus rudimentaire ; guérison.

107. Mæurer. Hystéro-épilepsie; dégénérescence kystique des deux ovaires ; guérison.

108. Mueller. Ovarialgie; guérison.

109. Netzel. Fibrome ; mort.

110-119. Nœggerath. Pas de renseignements sur les indications
(*Dix cas.*) de l'opération. Résultats: deux cas de mort; des huit autres cas, il n'est pas dit si les malades guérirent des accidents qui avaient réclamé l'opération.

120. Nussbaum. Fibrome; guérison.

121. Odebrecht. Rétroflexion de l'utérus; pelvipéritonite; hydrosalpynx; guérison.

122. Orr. Fibrome; mort.

123-125. Pallen. Une fois aménorrhée, ovarialgie, démence, catalepsie ; résultat : mort.
(*Trois cas*).

Une fois, dislocation des ovaires, ovarialgie; résultat: mort.

Une fois, hystéro-épilepsie et onanisme; résultat: guérison de l'épilepsie, persistance de l'hystérie et de l'onanisme.

126. Peaslee. Absence congénitale de l'utérus; hystéro-épilepsie ; mort.

127. Prince. Hystéro-épilepsie; mort.

128. Ross. Hystéro-épilepsie; épilepsie guérie ; persistance de l'hystérie.

129-153. Savage. La relation de ces cas est malheureusement très (*Vingt-cinq cas.*) incomplète. L'auteur dit qu'il n'a pas eu à déplorer un seul cas de mort; mais c'est en vain qu'on cherche des renseignements sur le sort des opérées. Dans six cas seulement, l'auteur annonce en termes explicites « la guérison », dans un septième cas, il est dit qu'il y eut « une amélioration considérable ». Pour les autres, nous en sommes réduits à la notion des indications qui ont fait entreprendre l'opération; chez deux femmes, c'était pour absence congénitale de l'utérus avec conservation de l'activité fonctionnelle des ovaires.

Chez cinq autres, pour des accidents d'hystéro-épilepsie.

Chez huit autres pour la dysmorrhée, de l'ovarialgie et des névroses reflexes.

Cinq fois pour cause de dislocation des ovaires avec dysménorrhée, douleurs ou névroses reflexes.

Quatre fois pour des fibromes de l'utérus.

Une fois pour une « difformité » qui n'est pas spécifiée.

154-155. Schroeder. Une fois, manie avec nymphomanie. Résultat : (*Deux cas.*) guérison de la manie, persistance de la nymphomanie.

Une fois, fibrome. La femme a survécu; il n'est rien dit de l'influence de l'opération sur la tumeur.

156. Schuecking. Ovarialgie avec métrorrhagie; guérison complète.

157-158. Simpson. Une fois, dysmémorrhée. Guérison complète.
(*Deux cas.*) Une autre fois, convulsions saltatoires (*dancing fits*); Résultat : mort.

159-163. Marion Sims. Une fois, ovarialgie; résultat : mort.
(*Cinq cas.*) Quatre fois, hystéro-épilepsie; résultat : une fois, mort; une autre fois, pas d'amélioration; deux fois, guérison.

164. H. Smith. Dysménorrhée; guérison.

165-168. Spiegelberg. Deux fois, fibrome; résultats : une fois, mort;
(*Quatre cas.*) une fois, guérison.

Dans un cas, périoophorite et ovarialgie; résultat : la douleur persiste. — Une fois, hystéro-épilepsie; résultat : aucune amélioration.

169-198. Lawson Tait. Dans treize cas, fibrome avec hémorrhagie;
(*Trente cas.*) résultat : quatre fois, mort; sept fois, guérison; deux fois, arrêt complet des hémorrhagies.

Onze fois, dysménorrhée; résultats : neuf fois, guérison; deux fois, « amélioration complète ».

Dans deux cas, ménorrhagie; résultat : guérison.

Dans deux cas, épilepsie et manie; résultat : une fois, guérison, et l'autre fois, soulagement considérable.

Deux fois, abcès de l'ovaire; résultat : guérison.

199-210. Tauffer. Dans quatre cas, petits kystes du parovaire avec
(*Douze cas.*) altération du tissu de l'ovaire.

Une fois, utérus rudimentaire, avec atrésie du vagin et intégrité fonctionnelle des ovaires.

Deux fois, fibromes de l'utérus.

Une fois, rétroflexion de cet organe et déplacement des ovaires dans le creux de Douglas.

Une fois, hernie crurale des ovaires. Deux fois, folie sous l'influence d'anomalies de l'appareil génital.

Pour ce qui est des résultats de l'opération, l'auteur se contente de dire qu'il n'a pas eu un seul cas de mort. Il n'indique pas dans quelle mesure les femmes ont été guéries des affections qui avaient nécessité l'opération.

Toutefois l'auteur constate que dans quatre cas celle-ci a eu pour conséquence de supprimer la menstruation; une autre fois, la ménopause ne s'établit

qu'après plusieurs retours réguliers des menstrues; deux autres fois, les règles ont continué à reparaître d'une façon irrégulière. Dans trois autres, la menstruation est restée normale.

211. Thomas. Ovarialgie et épilepsie; « un peu d'amélioration ».

212. Trenholme. Fibrome avec hémorrhagie. Les hémorrhagies ont été supprimées.

213. Anita E. Tyng. Fibrome ; guérison.

214. Spencer Wells. Dysménorrhée ; amélioration notable.

215. West. Hystéro-épilepsie et aménorrhée ; guérison.

216. Wilson. Fibrome ; guérison.

217. De Zouche. Ovarite chronique ; amélioration considérable.

218. Goodell. Folie ; amélioration, mais point de guérison.

Tous les faits rapportés ci-dessus étaient des cas de castration double. On trouve en outre dans la littérature médicale environ vingt-cinq exemples de castration unilatérale dont une (Thomas), pratiquée dans le but de remédier à des accidents dysménorrhéiques, se termina par la mort. Deux autres cas, de Battey et de Pernice, sont remarquables pour avoir abouti à la guérison d'accidents d'hystéro-épilepsie.

CRITIQUE DES RÉSULTATS

La statistique qui précède n'est pas complète, car beaucoup d'opérateurs ont négligé de livrer leurs cas à la publicité. Chaque fois que dans ces trois ou quatre dernières années, la castration de la femme a fait l'objet d'une discussion dans un congrès ou une société médicale, des chirurgiens se sont levés pour rendre compte, en termes sommaires, de cas de cette opération par eux pratiqués, sur lesquels il n'a paru, ni avant ni après la communication orale, de renseignements plus circonstanciés. Mais si fragmentaire qu'il puisse être, l'ensemble des matériaux qui précèdent est suffisant pour autoriser certaines conclusions.

Le point qui ressort le plus clairement de la statistique ci-dessus est le rapport des cas de mort à l'ensemble des opérations. Sur 218 opérées, 38 sont mortes et 180 ont survécu, ce qui donne une proportion de mortalité de 17,4 0/0, chiffre supérieur à celui qui a été annoncé dans ces dernières années pour l'ovariotomie. Ce résultat numérique suffit pour classer l'opération parmi les plus dangereuses de la chirurgie. Sans doute, entre les mains des différents chirurgiens, l'opération a donné des proportions de mortalité très variées. Quelques-uns, Engelmann entre autres, ont eu le malheur de voir mourir toutes leurs opérées : trois opérations, trois cas de mort, c'est-à-dire une proportion de mortalité de 100 0/0! D'autres, comme Savage avec ses 25 cas, comme Tauffer avec ses 12 cas, ont eu la satisfaction de ne pas perdre une seule de leurs opérées. Ces deux séries certainement exceptionnelles influencent notablement la moyenne de la mortalité. Hegar sur un ensemble de 50 opérations, compte 7 cas de mort, ce qui donne une mortalité de 14 0/0. Lawson Tait, sur 30 opérées, en a perdu 4, ce qui revient à un chiffre de mortalité assez approchant du précédent (13,33). Battey a eu 3 cas de mort sur un total de 10 opérations, proportion 30 0/0 ; on peut donc dire, sans être taxé de pessimisme, que la moyenne déduite de l'ensemble des 218 cas, soit 17,4 0/0, exprime la véritable mortalité à laquelle on s'expose en pratiquant la castration. D'ailleurs les optimistes et

les défenseurs les plus enthousiastes de la castration fixent à 10 0/0 la mortalité moyenne à laquelle on devra s'attendre. (Voir Tauffer, dans les comptes rendus de la séance du 13 mai 1882 de la Société royale des médecins de Pesth, in *Pester medic. chirurg. Presse*, n° 20, et *Semaine médicale*, n° 23, p. 91, 1882.)

Une proportion de mortalité de 10 0/0 ne constitue pas un résultat trop défavorable, lorsqu'il s'agit d'une opération destinée à parer à des dangers pressants. Mais cette proportion de 10 0/0 qu'on nous montre en perspective comme l'idéal de l'avenir et qui pour l'instant est encore de 17,4 0/0, acquiert une toute autre signification quand on s'informe de près des maladies dans lesquelles cette intervention chirurgicale a entraîné la mort. En réalité, parmi les femmes qui ont succombé aux suites de la castration, 15 avaient été opérées pour des fibromes, 6 pour cause d'hystéro-épilepsie, 10 pour des douleurs ovarialgiques avec ou sans dysménorrhée, avec ou sans troubles psychiques. Deux autres ont été opérées pour cause de ménorrhagie; deux pour de petits kystes des ovaires; une pour une hypertrophie avec déviation de l'utérus, une pour des convulsions saltatoires (dancing fits). On est naturellement tout porté à se demander si des femmes affectées d'hystéro- épilepsie, d'ovarialgie, de fibromes de l'utérus avec déviation de cet organe, etc., couraient le moindre risque de mourir de ces accidents, si en un mot, il existait un juste rapport entre la gravité du mal qu'on avait en vue de supprimer et la gravité des dangers que faisait courir le traitement institué, dangers évidemment très réels, puisque toutes ces malades en sont mortes !

Si maintenant nous détournons notre attention de ces 38 cas terminés par la mort, pour nous reporter vers les 180 autres, relatifs aux femmes qui ont survécu à l'opération, nous constatons qu'ici les chiffres parlent avec beaucoup moins de netteté. Les auteurs se servent des termes les plus variés pour exprimer les résultats obtenus, mais par le fait même de cette disparité, ces termes deviennent des grandeurs d'espèces différentes qu'on ne saurait ni additionner ni comparer entre elles. Quelques auteurs disent que tel cas a abouti à la guérison, pour cette seule raison que la malade n'a pas succombé; et en effet la malade a bien guéri, mais de l'opération seulement; quant à savoir si elle a été également débarrassée des accidents contre lesquel l'opération a été dirigée, sur ce point on nous laisse dans une ignorance complète. D'autres auteurs se servent de termes

plus vagues et plus ambigus. Il est question, tantôt d'*amélioration*, tantôt d'*amélioration assez marquée*, tantôt d'*amélioration notable*. Ou bien les symptômes de l'affection dont souffre la malade sont catégorisés, et on mentionne la disparition de certains de ces symptômes, tandis que sur les autres on observe un prudent silence ; ou bien ils sont notés comme ayant persisté. Dans beaucoup de cas à la vérité, il est mentionné explicitement que la guérison a été complète. Mais, combien il est nécessaire de soumettre ces faits là à un contrôle sévère, avant de les faire servir d'arguments en faveur de la nécessité et de l'utilité de la castration ! C'est ce que démontre un cas très singulier, qui réalise une sorte de parodie scientifique de l'opération dont il est ici question. Le Dr James Israel (in *Berliner klinische Wochenschrift,* 1880 ; vol, XVII, n° 17) a rendu compte de ce fait de la façon suivante : Dans le cours de l'année 1879 se présenta à l'hôpital israélite de Berlin, une jeune malade de vingt-trois ans, affectée d'hystéro-épilepsie avec hypéralgésie de l'ovaire gauche. Elle avait été réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans; après une interruption de deux années, les règles se rétablirent pour reparaître à époques fixes. Depuis longtemps elle ressentait de violentes douleurs dans le voisinage de l'ovaire gauche et elle était en proie a des vomissements incoercibles. Un gynécologiste de Berlin, consulté par la malade, lui amputa le col de l'uterus, sans autres forme de procès, et cela bien entendu sans nul avantage pour la patiente. Au moment de l'entrée de cette femme à l'hôpital, on constatait de la mobilité de l'ovaire gauche qui était douloureux, de volume normal. L'ovaire du côté droit avait des dimensions plus considérables, une consistance plus ferme, et il se trouvait fixé à l'utérus par une bride épaisse ; il était moins sensible à la pression que l'ovaire du côté gauche. Huit médecins qui virent la malade, soit avant, soit après son entrée à l'hôpital, furent unanimes à déclarer qu'elle réalisait les indications qui justifient la castration. Le 31 décembre 1879, il fut procédé à l'opération suivante : On expliqua à la malade qu'on allait lui extirper les ovaires; on la chloroforma, et, après emploi préalable du spray, on fit une incision le long de la ligne blanche, sans ouvrir le péritoine ; on referma ensuite la plaie et on remit la femme dans son lit. Pendant trois jours, la pseudo-opérée eut des douleurs dans le ventre et pendant huit jours des vomissements incoercibles, absolument comme dans les cas de péritonite consécutive à l'ouverture de la séreuse abdominale ; puis tous ces symptômes se dissipèrent et la femme entièrement guérie de ses douleurs abdominales, de ses vo-

missements et de son hystéro-épilepsie, quitta l'hôpital. Deux mois plus tard, au moment où cette curieuse observation fut livrée à la publicité, la guérison ne s'était pas démentie un seul instant.

Si dans ce cas, au lieu de ce simulacre on avait pratiqué l'opération elle-même, n'aurait-on pas mis la guérison sur le compte de la castration? Et sous quel jour singulier cette observation laisse voir tous les autres cas où les auteurs ont attribué la guérison d'une hystéro-épilepsie à la castration.

A côté de la question de savoir si les opérées ont succombé ou survécu, et si l'opération a ou n'a pas influencé la maladie antérieure, il reste encore cette autre question qui est du plus haut intérêt : Comment l'ablation des ovaires a-t-elle agi sur la menstruation ?

Malheureusement beaucoup d'auteurs ne nous fournissent aucun renseignement à cet égard; d'autres n'en parlent que vaguement. Mais même d'après ces données peu précises, on arrive à apprendre que dans beaucoup de cas des hémorrhagies régulières, affectant la périodicité typique de la menstruation, se sont montrées pendant des mois après l'opération; que dans d'autres cas on a eu affaire à des hémorrhagies irrégulières. Il existe ensuite des cas où il a été dûment constaté que malgré la castration les règles persistèrent, avec une marche absolument normale. Hégar en mentionne un, Tauffer trois autres, deux autres opérateurs, chacun un, ce qui porte le total à six. Ce nombre n'est pas considérable en regard des 180 cas de castration double; mais sans tenir compte de la remarque que j'ai faite plus haut, qu'un seul exemple authentique de persistance de la menstruation, à la suite de la castration double, aurait une signification considérable au point de vue des rapports de la menstruation et de l'ovulation, les six cas mentionnés ci-dessus acquièrent une importance exceptionnelle, pour la raison qu'ils ont été observés par des partisans de la subordination de la menstruation à l'ovulation, qui devaient par conséquent avoir une tendance à donner une interprétation différente à ces hémorrhagies, survenues postérieurement à l'opération, et n'y voir un retour des règles que parce qu'il était impossible de dénier à ces hémorrhagies les caractères du flux menstruel. Les 180 cas de castration avec issue favorable, considérés en tant que données expérimentales pouvant servir à l'élucidation de la question des rapports de la menstruation et de l'ovulation ne constituent donc pas des arguments de grande valeur en faveur de la théorie qui subordonne la menstruation à l'ovulation. Car les cas où la mens-

truation se trouva supprimée peuvent être considérés comme des exemples de l'influence que des modifications radicales des conditions circulatoires exercent sur des congestions chroniques, tandis que dans les six cas de persistance des règles après la castration, il serait difficile de placer la cause de la menstruation dans les ovaires enlevés par le couteau du chirurgien.

A plusieurs reprises l'opération de Battey et de Hegar a soulevé des controverses dans les congrès et les sociétés de médecine, entre autres au congrès des naturalistes allemands qui s'est tenu à Bade au mois de septembre 1879 ; au sein de la Société royale des médecins de Pesth, au mois de mai 1882, etc. Mais la plus grande autorité dans les débats sur cette question revient certainement à la discussion qui eut lieu au Congrès international de médecine de Londres, au mois d'août 1881, et qui se trouve relatée dans les *Transactions* (vol. IV, p. 290-297) que nous avons déjà citées à plusieurs reprises. Un des orateurs qui prirent part à cette discussion, M. Marey, de Boston, fit savoir que chez une femme de 30 ans à laquelle il avait enlevé les deux ovaires, la menstruation persista, à la vérité, avec une abondance beaucoup moindre (*in much lesser degree*). Knowsly Thornton de Londres exprima l'avis que la menstruation n'était pas sous la dépendance des ovaires et que les modifications de cette fonction consécutive à l'extirpation de ces organes devaient être rapportées aux changements circulatoires entraînés par l'opération. Bantock, de Londres, s'éleva énergiquement contre l'emploi de la castration dans les cas de névroses, se résignant tout au plus à accepter la castration comme un moyen thérapeutique à mettre en œuvre dans les cas de fibrome. Spencer Wells, le plus grand ovariotomiste de la terre, jugea la castration comme une opération bien plus grave que l'ovariotomie, à cause des dangers qu'elle fait courir aux viscères abdominaux et aussi à cause des grandes difficultés qu'on éprouve à tirer les ovaires au dehors, à constituer et à traiter le pédicule. Dans sa longue et si grande pratique, il ne lui est arrivé, ajouta-t-il, qu'une seule fois de rencontrer un cas où la castration lui paraissait être réellement indiquée. Matthews Duncan, de Londres, qui égale presque en autorité Spencer Wells, se prononça tout aussi sévèrement sur le compte de la castration ; « c'est, a-t-il dit, une opération qui est encore dans la phase d'expérimentation. Les accidents nerveux, auxquels les femmes sont exposées par des troubles menstruels, ont donné lieu à de grandes exagérations de la part des auteurs qui ont

voulu y voir des indications de la castration. » Il nie que celle-ci entraîne la ménopause. Il ne veut même pas de cette opération comme moyen de traitement à opposer aux fibromes, pour ce motif qu'elle donne une mortalité effrayante. « De tels désastres, dit-il textuellement, sont inconnus dans l'histoire de cette maladie. » Comme Spencer Wells, Duncan a rencontré, dans le cours de beaucoup d'années, tout au plus un cas où, en bonne conscience, il se crut justifié à pratiquer la castration.

A titre de simple curiosité, nous mentionnerons encore l'opinion du Dr William Goodell, de Philadelphie, un chirurgien d'une grande renommée en Amérique, et qui a exprimé cette opinion qu'on devrait extirper les ovaires à toutes les femmes atteintes de folie, pour arriver à supprimer avec certitude au moins la folie héréditaire. Il n'y a qu'un pas de cette proposition au système des anciens Spartiates qui faisaient périr tous les enfants faibles ou difformes, pour ne laisser vivre que ceux qui étaient bien constitués!

C'est ainsi que la castration dont l'histoire remonte à neuf ans a été jugée il y a quelques mois, par des hommes reconnus pour des autorités, et qui comme opérateurs ont fait leur preuve de courage et d'habileté, ne reculant pas devant les opérations les plus difficiles et les plus formidables lorsque les intérêts des malades leur en faisaient un devoir, lorsque en d'autres termes il jugeait que la maladie n'était justiciable d'aucune autre intervention, mais que l'opération projetée pouvait donner la guérison, et qu'il existait un juste rapport entre la gravité du mal à combattre et les dangers de l'opération à entreprendre.

CONCLUSIONS

I. La castration double chez la femme est une opération qui, contrairement à toutes les autres opérations de la chirurgie, ne trouve pas sa raison d'être en elle-même, mais qui est entreprise sous le coup d'une supposition tout à fait hypothétique, en vertu de laquelle on rattache certaines maladies de l'appareil sexuel de la femme ou de tout l'organisme à l'activité fonctionnelle des ovaires, avec l'espoir de guérir ces maladies par l'extirpation des dits organes.

II. L'indication générale, telle qu'elle a été formulée par Battey et par Hegar, est irréprochable ; elle porte que : « L'opération doit être tentée dans les cas d'affections graves, qui ne sont pas justiciables des autres ressources de l'art, et qui guérissent avec l'établissement de la ménopause » (Battey), et encore : « L'extirpation des ovaires est indiquée dans les cas d'anomalies ou d'affections qui créent un péril immédiat pour la vie des malades, ou qui amènent un état de maladie à marche lente, progressive, douloureuse, rendant l'existence insupportable et toute occupation impossible, et qui ne cèdent à aucune intervention thérapeutique, alors que la suppression des ovaires peut en amener la guérison » (Hegar).

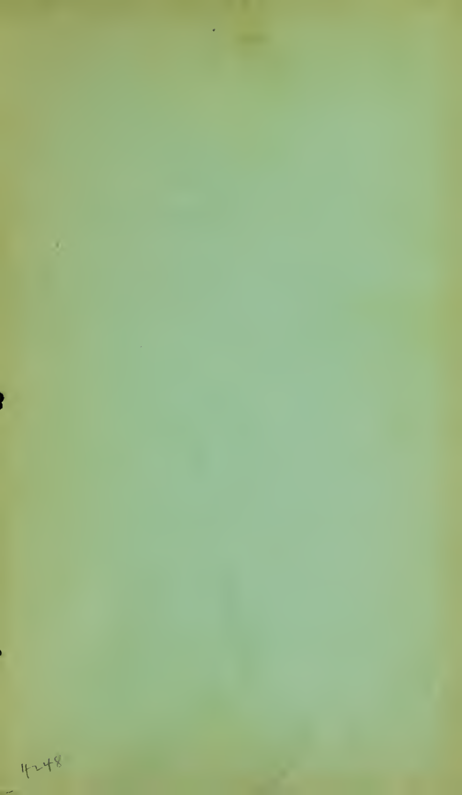
III. Si l'on s'en tient rigoureusement à ces indications, l'opération deviendra d'une extrême rareté, car les circonstances indiquées par Battey et Hegar ne se réalisent que dans des cas tout à fait exceptionnels. Des spécialistes de renom et d'une grande pratique, tels que Spencer Wells et Matthews Duncan, de Londres, ont explicitement déclaré n'avoir rencontré, dans le cours de plusieurs années, qu'un seul cas chacun répondant d'une manière stricte à l'indication formulée plus haut.

IV. Les faits publiés jusqu'à ce jour démontrent qu'on ne s'en est pas tenu rigoureusement à cette indication irréprochable, et que l'opération a été pratiquée dans un grand nombre de cas qui n'y répondaient en aucune manière ; autrement dit, dans des cas qui n'im-

pliquaient aucun danger pressant, qui ne se soustrayaient pas aux autres moyens de traitement, et qui n'étaient pas d'une façon sûre curables par l'extirpation des ovaires.

V. Les résultats fournis jusqu'ici par l'opération sont relativement défavorables. Dans des cas où elle a été pratiquée pour guérir l'hystéro-épilepsie, les accidents causés par des fibromes utérins, des manifestations dysménorrhéiques, cette opération a donné entre les mains des chirurgiens les plus habiles, une mortalité manifestement supérieure à celle qu'on avait observée jusqu'ici dans ces maladies, qu'elles fussent traitées par d'autres méthodes,ou abandonnées à elles-mêmes.

VI. La castration ne nous a fourni aucun renseignement nouveau indubitable sur le rôle des ovaires dans l'organisme, et en particulier la question des rapports de l'ovulation et de la menstruation, et celle des rapports des ovaires avec l'hystéro-épilepsie et d'autres névroses restent à l'état de controverse.


4248

Imprimerie de Poissy — S. Lejay et Cie.